

# ***Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé***



- ***Tome 1 : Règles et Procédures de Gestion***
- ***Tome 2 : Prévention***
- ***Tome 3 : Gestion des Ressources Humaines***
- ***Tome 4 : Exercice à Titre Privé***

***Textes réunis et classés par :***

***Med OULD-KADA***

**Décembre 2010**

## Introduction

Ce recueil est un travail personnel regroupant les textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements de santé publics et privés que je souhaiterais mettre à la disposition du gestionnaire de l'établissement de santé, du professionnel, de l'étudiant, du chercheur et de toute personne intéressée par la réglementation relative au domaine de la gestion des établissements de santé, un outil de travail classé par rubrique incomplet peut être me diriez vous ? Mais qui peut constituer une aide précieuse pour toute décision à prendre, recherche à mener ou proposition d'amélioration à soumettre.

Certes, l'ensemble des textes ont fait l'objet d'une publication au *Journal Officiel* ou par le ministère de la santé, mais leur trop grande dispersion rendait leur consultation malaisée.

Je souhaiterais que ce recueil soit mis à jour continuellement pour faciliter la gestion quotidienne de nos établissements et trouver les meilleures solutions aux problèmes de gestion afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du malade.

Le lecteur me fera remarquer le manque de certains textes que malheureusement, je n'ai pas pu les trouver je lance un appel pour compléter ce présent travail.

L'auteur souhaite vivement vos avis, critiques et suggestions il est fonctionnaire au niveau de l'Etablissement Public Hospitalier Docteur Med SEGHIR NEKKACHE sis à El Mohgoun Commune d'Arzew W. d'Oran

Téléphone : **07 71 79 36 91**

Adresse Email [mohamed.ouldkada@gmail.com](mailto:mohamed.ouldkada@gmail.com)  
[mohamed.okada@hotmail.fr](mailto:mohamed.okada@hotmail.fr)



Les quatre tomes sont:

<b>Tome 1 : Règles et Procédures de Gestion</b>	<b>Tome 2 : Prévention</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Textes Fondamentaux</li> <li>• Création, Organisation et Fonctionnement des Etablissements de Santé</li> <li>• Autres textes utiles</li> <li>• Gestion des services économiques</li> <li>• Gestion Financière</li> <li>• Bureau des entrées</li> <li>• Gestion du Médicament</li> <li>• Garde et urgences</li> <li>• Plan orsec</li> <li>• Œuvres Sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclaration et surveillance des maladies transmissibles</li> <li>• Programmes nationaux de santé publique</li> <li>• Vaccination</li> <li>• Population et maîtrise de la croissance démographique</li> <li>• Maladies à transmission hydrique</li> <li>• Contrôle sanitaires aux frontières</li> <li>• Règles de préparation et mise à la consommation de certains produits</li> <li>• Soins de Santé de Base</li> <li>• Hygiène Hospitalière</li> <li>• Santé Scolaire</li> <li>• Santé Mentale</li> <li>• Transfusion Sanguine</li> <li>• Autres Textes sur la Prévention</li> </ul>
<b>Tome 3 : Gestion des Ressources Humaines</b>	<b>Tome 4 : Exercice à titre Privé</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des Ressources Humaines</li> <li>• Nouveau Statut de la Fonction Publique</li> <li>• Nouveaux Statuts particuliers applicables à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2008</li> <li>• Statuts particuliers de 1991</li> <li>• Régime Indemnitare</li> <li>• Relation avec les Partenaires Sociaux</li> <li>• Activités complémentaires</li> <li>• Retraite</li> <li>• Formation Continue</li> <li>• Protection des Personnels de santé et Médecine du Travail</li> <li>• Emploi du Personnel Etranger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliniques Privées</li> <li>• Activités à caractères communs (médicales et paramédicales)</li> <li>• Nomenclature des actes et équipements de certains spécialistes</li> <li>• Hôpital Privé</li> <li>• Exercice à titre privé des auxiliaires médicaux</li> <li>• Transport Sanitaire</li> <li>• Pharmacie</li> <li>• Maisons de santé</li> </ul>

## Table des Matières

<b>Textes Fondamentaux</b>	<b>Page</b>
Extrait de la révision constitutionnelle	11
Loi 85-05 sur la protection et la promotion de la santé modifiée et complétée	12
Code de déontologie médicale	37
Transplantations de tissus ou d'organes humains	47
Constatation médicale et légale de décès en vue du prélèvement d'organes et de tissus	48
Suivi du fonctionnement des établissements de santé	49
Réhabilitation du service public	52
Amélioration des prestations offertes aux citoyens	53
Mesures urgentes pour améliorer le fonctionnement de certains services	54
Renforcement des actions de santé	56
Règlement Interieur	57
Rapport administration-administré	58
Contribution à l'humanisation des hôpitaux	61
Traitement et gestion de l'information grand public	62
Normalisation des correspondances administratives	63
Mes chers coéquipiers	64
Dispositif de l'hospitalisation à domicile	66
Port de la Tenue Réglementaire	68
Suivi du Contentieux Judiciaire	69
Renforcement des relations contractuelles	74
Convention sur la couverture sanitaire des détenus	75
Convention avec médecins spécialistes exerçant à titre privé	77
Stages pratiques des élèves paramédicaux	78
Prise en charge du pied diabétique	79
Certificat médical pour port d'arme	80
Moyens de secours d'alimentation électrique	81
Passation de consignes et coupure de gestion	82
Protection des droits d'auteurs	85
Lettre de Mr le Ministre aux Gestionnaires	86
Transparences dans les transactions commerciales	87
Organisation de l'intervention des praticiens inspecteurs	88
Prise en charge des circoncisions	90
Prise en charge des malades vivants avec le VIH	91
Certificat médical pré-nuptial	92
Organisation des visites aux malades	93
Prise en charge des parturientes	94
<b>Création, Organisation et Fonctionnement des Etablissements de Santé</b>	
Attributions du Ministre de la Santé et de la Population	96
Organisation de l'administration centrale du ministère de la santé et de la population	97
Bulletin Officiel du MSP	104
Organisation de l'inspection générale du ministère de la santé et de la population	105
Organisation et fonctionnement de l'INSP	106
Ecole nationale de management et de l'administration de la santé	109
Organisation et fonctionnement des conseils régionaux de la santé	113
Organisation et fonctionnement des directions de la santé et de la population de wilaya	115
Conditions d'accès et classification des postes supérieurs des services de la DSP de wilaya	118
Composition et organisation du conseil national de l'éthique des sciences de la santé	119
Création, organisation et fonctionnement des EHS	120
Création, organisation et fonctionnement des CHU	127
Création, organisation et fonctionnement de l'EHU d'Oran	132
Création, organisation et fonctionnement de l'EH d'Ain-Témouchent	135
Création, organisation et fonctionnement de l'EH de Skikda	138
Création, organisation et fonctionnement de l'EH de Ain Turck	141
Création, organisation et fonctionnement de l'EH de Ain Azel	144
Création, organisation et fonctionnement des EPH et EPSP	147
Modalités de mise en place des conseils d'administration, médicaux et scientifiques	156
Organigramme des CHU	158
Organigramme des EHS	159
Organigramme des EPH	160
Organigramme des EPSP	161
Classement des Postes Supérieurs des CHU	162
Postes supérieurs et conditions de nomination aux postes supérieurs des CHU, SS et EHS	164
Définition de l'unité et du service relevant des SS et EHS	168
Création et organisation des SEMEP au sein des SS	169
Création des services de médecine du travail au niveau des SS	174
Changement d'affectation, d'extension, de création ou de fermeture de structures sanitaires	175
Critères de classement des EHS et SS	176
Organisation du SAMU	182
<b>Gestion des Services Economiques</b>	
Code des marchés publics de 2002	185
Code des marchés publics de 2010	205
Gestion des inventaires	223
Gestion des équipements médicaux	228

Nomenclature des équipements	231
Gestion du parc automobile	269
Alimentation des malades et personnels	275
Logements de fonction	280
Gestion du téléphone	282
Gestion des archives	283
Frais de missions	286
Modalités d'établissement de la facture	288
Fonctionnement des cabinets dentaires	289
<b>Gestion Financière</b>	
Conditions de répartition des recettes et dépenses	291
Loi relative à la comptabilité publique	292
Modalités et contenu de la comptabilité des ordonnateurs et des comptables publics	296
Contrôle préalable des dépenses engagées	301
Procédure de réquisition des comptables publics par les ordonnateurs	304
Délais de paiement des dépenses	305
Création et fonctionnement des régies de recettes	307
Justifications des dépenses payables sur régies d'avances	309
Dispositions réglementaires dans le cadre des lois de finances	310
Modalités d'élaboration de fascicules budgétaires des IAP	312
Engagement et exécution des dépenses responsabilités des ordonnateurs	313
Nomenclature budgétaire des CHU, SS et EHS	314
Seuil de paiement par virement des dépenses publiques obligatoires	319
Plan comptable national	320
Système comptable financier	325
Organisation et fonctionnement des services du budget	332
Procédure de paiement par accréditif	333
Délais et forme de présentation des comptes à la Cour des comptes.	335
Fonctionnement des services extérieurs du trésor	336
Conditions et modalités de tenue de la comptabilité au moyen de systèmes informatiques	339
<b>Bureau des Entrées</b>	
Organisation et fonctionnement du bureau des entrées	342
Fiche navette	347
Résumé clinique de sortie et Résumé standard de sortie	349
Ressources propres	353
Contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets	362
Etat civil	363
Inhumation, transport de corps, d'exhumation et de réinhumations	364
Etat civil des enfants nés des parents inconnus	365
Nomenclature des actes médicaux et paramédicaux et Valeur monétaire	367
Mise en œuvre des relations contractuelles	372
<b>Gestion du Médicament</b>	
Distribution des médicaments dans les secteurs sanitaires	396
Contrôle de la consommation et consommation prévisionnelle en médicaments	397
Mise en place d'une comptabilité matière au niveau des pharmacies hospitalières	398
Responsabilité en matière de gestion des médicaments	400
Gestion des médicaments	402
Réglementation sur les substances vénéneuses	403
Gestion des crédits affectés aux produits pharmaceutiques	406
Modalités d'approvisionnement et de distribution des médicaments	407
Elaboration et mise en place des nomenclatures	416
Mise à la disposition des malades certains nouveaux médicaments	419
Importation des médicaments destinés aux particuliers	420
Plans annuels d'équipements	421
Manipulation des médicaments anticancéreux en milieu hospitalier	423
Registre spécial relatif à la comptabilité des stupéfiants	424
Pharmacie principale au sein des C.H.U	425
Substances classées comme psychotropes	426
Substances classées comme stupéfiants	428
Gestion des produits pharmaceutiques	430
Acquisition des produits pharmaceutiques de gré à gré	433
Cahier de Charge Médicaments	443
Essais cliniques	478
<b>Gardes et Urgences</b>	
Organisation et fonctionnement de la garde et des urgences	487
Certificats de dispenses de garde	500
Commission des urgences	501
Indemnité de garde allouée aux personnels assurant la garde	502
Récupération après garde	511
Elargissement de la garde à l'ensemble des spécialités	512
Evacuation des malades	513

<b>Plan ORSEC</b>	
Mise en œuvre des interventions et secours en cas de catastrophe	520
Prévention des risques de catastrophes	523
Plan d'intervention en cas d'épidémies	524
Elaboration du plan de prévention des épidémies	530
Intervention des services de santé en cas de désastre	533
Mise en place d'un dispositif pour répondre à une catastrophe	536
Prévention des risques sanitaires liés aux intempéries	543
<b>Œuvres Sociales</b>	
Contenu et mode financement des œuvres sociales	545
Gestion des œuvres sociales	549
Gestion financière des œuvres sociales	552
Coopérative de consommation	557
Modalités de remboursement des prêts	559
<b>Prévention</b>	
Déclaration et Surveillance des Maladies Transmissibles	562
Dispositif de lutte contre la méningite cérébro-spinale	569
Conduite à tenir devant la typhoïde	580
Fiche technique sur le choléra	582
Fiche technique de la Diphtérie	587
Plan national d'élimination de la rougeole	594
Pneumopathie	603
Grippe Saisonnière	608
Mesures concernant le SRAS	613
Grippe Aviaire	618
Grippe A/H1N1	619
Fiche technique sur l'envenimation scorpionique	663
Tuberculose	674
Schéma de traitement des brucelloses humaines	706
Conjonctivite	707
<b>Programmes Nationaux de Santé Publique</b>	
Programme national du RAA	710
Programme national de lutte contre les IRA	718
Programme national dépistage cancer du col de l'utérus	737
Renforcement du programme de prévention de rachitisme	770
Programme de lutte contre les carences nutritionnelles	772
Fiche technique de la diarrhée du nourrisson	775
Périnatalité et Néonatalogie	778
<b>Vaccination</b>	
Législation et calendrier de vaccination	798
Mesures à prendre avant et après Vaccination	801
Introduction du Vaccin contre l'Hémophilus Influenza	802
Evaluation du programme de vaccination	805
Conservation des vaccins	809
Complications neuro-cérébrales après vaccination	810
Vaccin contre l'hépatite B pédiatrique	811
Remplacement du VAT par le DT	812
Introduction de la vaccination contre l'hépatite B dans le PEV	815
Surveillance des manifestations post-vaccinales	817
Respect des procédures et techniques de vaccination	821
Respect des contre indications des vaccinations	824
Principes de reconstitution et d'administration du vaccin BCG	825
Conduite à tenir devant une plaie à risque tétanigène	826
Conduite à tenir devant une paralysie flasque	828
Renforcement de la Surveillance de la Poliomyélite	829
<b>Population et Maitrise de la Croissance Démographique</b>	
Relance du programme de population	832
Centre de planification familiale	835
Comité national et de wilaya de population	837
Participation des gynécologues privés à la promotion du DIU	839
Programme de santé de la reproduction et planification familiale	842
Promotion de l'allaitement maternel	844
Maternité sans risque et prise en charge du risque hémorragique	845
Prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né	846
CAT devant une femme du groupe rhésus négatif	847
Plan d'élimination du tétanos néo-natal	851
<b>Maladies à Transmission Hydrique</b>	
Prévention des maladies à transmission hydrique	854
Fonctionnement du comité national de lutte contre les MTH	858
Chloration de l'eau des puits par procédé de la brique poreuse	859
Qualité bactériologique de l'eau de boisson	860
Qualité requise des eaux de baignade	864
Création, Organisation et fonctionnement des BHC	869
Mesures applicables à la rage animale	872
Conduite à tenir en cas de morsure	875
Démoustication	888
Mesures de lutte contre les leishmanioses	890

Lutte anti-acridienne	891
<b>Contrôle Sanitaire aux Frontières</b>	
Contrôle sanitaires aux frontières	895
Dératisation des navires et aéronefs	900
<b>Règles de Préparation et mise à la consommation de certains produits</b>	
Règles de préparation et mise à la consommation des viandes hachées	904
Conservation par réfrigération, congélation ou surgélation des denrées alimentaires	905
Consommation des volailles abattues	908
Mise à la consommation des produits de pêches	909
Spécifications bactériologiques de certaines denrées alimentaires	913
Spécifications techniques des yaourts	931
<b>Soins de Santé de Base</b>	
Création, organisation et fonctionnement des Sous-Secteurs sanitaires	934
Supports d'informations des unités Sanitaires de Base	937
Actualisation de l'organisation des activités des structures de soins de santé de base	938
Renforcement des soins de santé de base	943
Etat des Salles de Soins	980
Equipes Médicales Mobiles pour Couverture Sanitaire des Populations des Zones Enclavées	981
Prestations des Spécialistes de Base au sein des Polycliniques	982
Fonctionnement des Salles de Soins	983
Prise en Charge des Patients nécessitant le Plateau Technique	985
Fonctionnement d'une Polyclinique	986
Conditions d'Aménagement et d'Equipement des Consultations de Psychologie	990
<b>Hygiène Hospitalière</b>	
Comité de lutte contre les infections nosocomiales	992
Prévention, lutte et éradication des infections liées à la pratique médicale	993
Protocole d'hygiène hospitalière dans les centres d'hémodialyses	995
Instruction technique sur la gestion des déchets hospitaliers	998
Loi relative à la gestion au contrôle et l'élimination des déchets	999
Modalités de gestion des déchets d'activités de soins	1004
Amélioration de l'hygiène au niveau des établissements de santé	1006
Hygiène et lutte contre les infections nosocomiales	1007
Prévention des hépatites virales, HIV en pratique dentaire	1008
Prévention des accidents d'exposition de au sang	1013
Prévention des hépatites virales, HIV en milieu de soins	1015
Gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins	1018
<b>Santé scolaire</b>	
Coordination des activités de protection en milieu scolaire	1021
Plan de réorganisation de santé scolaire	1023
Gestion et fonctionnement des UDS installés dans les établissements scolaires	1031
Normalisation des locaux et équipements des UDS	1033
Tâches et obligations des médecins de santé scolaire	1036
Vaccination en milieu scolaire	1038
Renforcement du programme de santé scolaire	1042
Programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire	1043
Lutte contre le tabagisme en milieu scolaire	1046
Couverture sanitaire des élèves durant la saison estivale	1047
Couverture sanitaire en milieu scolaire	1048
Dispense de pratique de l'éducation physique et sportive	1049
Affections chroniques des enseignants	1050
<b>Santé Mentale</b>	
Prise en charge des malades mentaux	1053
Renforcement et décentralisation des soins de santé mentale	1056
Prise en charge des malades mentaux errants	1057
Centres intermédiaires de santé mentale	1058
Programme national de santé mentale	1059
Prise en charge des Toxicomanes	1065
<b>Transfusion Sanguine</b>	
Arrêté du 16 Mai 2008 modifiant la liste des structures de transfusion sanguine	1067
Nouvelle réorganisation de l'agence nationale de sang	1074
Régularisation, création et attributions des structures de transfusion sanguine	1078
Matériels et consommables des structures chargées de la transfusion sanguine	1080
Règles régissant le don du sang et ses composants	1083
Conditions de distribution du sang et ses dérivés labiles	1088
Règles et procédures de contrôle des dérivés sanguins stables	1089
Dépistage obligatoire dans le don de sang et d'organes	1090
Prévention et mesures à prendre en cas d'accidents transfusionnel	1091
Caractéristiques des produits sanguins labiles à usage thérapeutique	1093
Bonnes pratiques des qualifications biologiques du don de sang	1098
Convention d'approvisionnement et de cessions des produits sanguins labiles	1099
Collation pour donateurs de sang	1103
<b>Autres Textes sur la Prévention</b>	
Visite médicale des pèlerins	1105
Lieux publics où l'usage du tabac est interdit	1109
Déclaration des causes de décès	1110
Institution du certificat de décès périnatal et néonatal	1112



Comité national de protection sanitaire contre le risque toxique	1113
Point Focal National Relatif au Règlement Sanitaire International chargé des Urgences de Santé Publique	1115
Prévention sur l'Intoxication au Monoxyde d'Azote	1116
Paludisme	1118
Amélioration de la prise en charge de l'Hépatite B et C	1119
<b>Gestion des Ressources Humaines</b>	
Statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques de 1985	1124
Indemnité d'expérience	1135
Pouvoir de nomination et de gestion	1138
Inspection de la fonction publique	1139
Commissions paritaires	1142
Plan de gestion des ressources humaines	1148
Contrôle a posteriori des actes de gestion	1151
Dispense du visa préalable	1153
Création, renouvellement des postes budgétaires	1154
Interprétation des textes de la fonction publique	1156
Propositions statutaires des modes de recrutement	1157
Recrutement dans les emplois publics	1160
Authentification des titres et diplômes	1161
Nomination de fonctionnaire à un grade supérieur	1162
Détachement de fonctionnaire dans un autre grade	1163
Recrutement d'agents vacataires	1164
Nomination d'intérimaire aux postes supérieurs	1168
Avancement des fonctionnaires exerçant des fonctions supérieures de l'Etat	1169
Position de mise en disponibilité	1170
Certificats de cessation de paiement	1172
Mise en demeure des fonctionnaires en abandon de poste	1173
Durée légale de travail	1174
Fêtes légales	1178
Salaires nationaux minimum garanti	1179
Obligations particulières applicables aux fonctionnaires	1184
Prévention et sécurité au niveau des IAP	1189
Certificats médicaux de complaisance	1191
Cotisations sociales	1193
Réserve de l'emploi après service national	1196
<b>Nouveau Statut de la Fonction Publique</b>	
Statut de la Fonction Publique	1199
incompatibilités et obligations particulières attachées à certains emplois et fonctions.	1210
Grille indiciaire des traitements	1211
Mode de rémunération des fonctions supérieures de l'Etat	1214
régime indemnitaire des fonctions supérieures de l'Etat	1215
Bonification des postes supérieurs dans les IAP	1216
Recrutement, droits, obligations et rémunérations des agents contractuels	1218
Instructions et circulaires d'applications de la nouvelle grille des salaires	1223
Bonification des postes supérieurs du secteur de la santé	1249
Commissions Paritaires des Agents Contractuels	1256
<b>Nouveaux Statuts particuliers applicables à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2008</b>	
Statuts particuliers des personnels des corps communs	1258
Statuts particuliers des ouvriers P, conducteurs A, appariteurs	1280
Statut de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire	1285
Statut de l'enseignant chercheur	1292
Statut du chercheur permanent Activités de santé de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire	1299
Activités de santé de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire	1305
Professeur hospitalo-universitaire émérite, professeur émérite et directeur de recherche émérite	1306
Statut particulier des praticiens médicaux généralistes de santé publique	1316
Statut particulier des praticiens médicaux spécialistes de santé publique	1322
Statut particulier des médecins	1326
Statut particulier des praticiens médicaux inspecteurs	1329
Statut particulier des psychologues de santé publique	1333
Statut particulier des administrateurs des services de santé	1338
<b>Statuts particuliers de 1991</b>	
Statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires	1342
Fonctionnement des C.C.H.U.N	1353
Prime de thèse de doctorat	1358
Statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique	1359
Statut particulier des personnels paramédicaux	1376
Statut particulier des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation	1398
Nomenclature des actes des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation	1401
Statut particulier des sages femmes	1404
Nomenclature des actes des sages femmes	1409
Statut particulier des directeurs d'administration sanitaire	1412
Statut particulier des psychologues	1417

<b>Régime Indemnitare</b>	
conditions d'attribution des indemnités	1423
Indemnité de performance et d'amélioration des prestations	1424
Prime de rendement	1448
Régime indemnitaire des spécialistes hospitalo-universitaires	1451
Régime indemnitaire des médecins généralistes et spécialistes de santé publique	1454
Indemnité de risque de contagion	
Prime d'intéressement	
Modalités de calcul de l'indemnité de zone	1475
Avantages particuliers	1481
Indemnité de sujétion spéciale	1490
Indemnités relatives aux prestations familiales	1494
Indemnité de responsabilité pour régisseur	1500
<b>Relation avec les Partenaires Sociaux</b>	
Gestion des relations avec les partenaires sociaux	1502
Organisation de l'information et du dialogue	1503
Prévention et règlement des conflits de travail, exercice du droit de grève	1504
Règlement des conflits individuels de travail	1508
Modalités d'exercice du droit syndical	1513
Modalités de retenue des journées de grève	1517
Dialogue social et prévention des conflits	1519
<b>Activités complémentaires et Service Civil</b>	
Loi 98-09 du 19 août 1998 modifiant et complétant la loi 85-05 du 16 février 1985	1521
Modalités d'application de l'activité complémentaire	1524
Activité lucrative	1529
Modalités d'accomplissement du service civil pour les praticiens médicaux	1530
<b>Retraite</b>	
Retraite des moudjahidines	1546
Mise à la retraite des travailleurs atteints par la limite d'âge	1547
Modalités de mise à la retraite	1548
Finalisation des dossiers de départs à la retraite	1549
Retraite anticipée aux fonctionnaires	1550
<b>Formation Continue</b>	
Formation, perfectionnement et recyclage des fonctionnaires	1552
Formation continue des personnels de santé	1557
Plans sectoriels de formation, de perfectionnement et de recyclage	1558
Modalités d'organisation des concours et examens	1560
Comité interministériel de la formation	1566
Mise en œuvre des programmes de formation de courte durée à l'étranger	1567
<b>Protection des Personnels de Santé et Médecine du Travail</b>	
Loi relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail	1577
Organisation de la médecine du travail	1581
Convention type de médecine du travail	1584
Protection des personnels de radiologie	1587
Liste des travaux ou les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels	1602
Vaccination en milieu de travail	1604
Tenue des documents obligatoires établis par le médecin du travail	1609
Rapport type du médecin du travail	1614
Normes en moyens des services de médecine du travail	1620
Evaluation des activités de médecine du travail	1624
Prévention des risques liés à l'amiante	1630
Protection de la santé des personnels de santé	1638
Protection des stagiaires des centres de formation professionnelle	1639
Protection des élèves des écoles paramédicales	1642
Information et formation dans le domaine de la prévention des risques professionnels	1647
Livres et registres obligatoires	1649
Commissions d'hygiène et de sécurité	1651
Surveillance médicale des scaphandriers et plongeurs	1652
Habilitation des médecins généralistes à exercer la médecine du travail	1653
<b>Cliniques Privées</b>	
Conditions de réalisation d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées	1661
Normes techniques et sanitaires des cliniques privées	1667
Prix de journée forfaitaire et tarif remboursable par la sécurité sociale	1671
Agrément des projets de réalisation des cliniques privées	1673
Cliniques d'accouchement	1680
Autorisation de réalisation et ouverture de cliniques privées	1681
Ouvertures de structures sanitaires privées	1682
Locaux à usage professionnel des praticiens décédés	1685



Ouverture des cabinets dentaires	1686
Procès-verbal de conformité	1687
Dotation des cliniques privées en ambulance	1688
Contrôle des établissements de santé	1698
<b>Activités à caractères communs (médicales et paramédicales)</b>	
Délivrance des autorisations de remplacement en cabinet privé	1694
Cabinets de groupe	1696
Autorisation d'exercer pour les titulaires du diplôme D.I.S	1698
Réglementation des autorisations de remplacement	1699
Exercice à titre privé au sein des cliniques dans un cadre associatif	1703
Contrat d'association entre praticiens privés	1704
Conditions d'implantation, d'ouverture et de transfert des laboratoires d'analyses médicales	1708
Conditions d'implantation, d'ouverture et de transfert des laboratoires d'analyses d'hématologie	1710
Emploi des paramédicaux dans les structures privées	1712
<b>Nomenclature des actes et équipements de certains spécialistes</b>	
Nomenclature des actes et équipements spécialistes en ORL et Ophtalmologie	1714
Nomenclature des spécialistes en endocrinologie et métabolisme	1718
Normes technique et sanitaire d'un centre d'hémodialyse à titre privé	1720
Normes technique et sanitaire d'un centre d'hémodialyse allégé de proximité	1722
Approvisionnement des établissements de santé privés en sang et dérivés labiles	1724
Nomenclature des spécialistes en anatomie pathologie	1725
Pratiques d'échographie	1726
<b>Hôpital Privé</b>	
Organisation et Fonctionnement des Etablissements Hospitaliers Privés	1731
<b>Exercice à titre privé des Auxiliaires Médicaux</b>	
Modalités d'installation des auxiliaires médicaux	1736
Exercice à titre privé des audioprothésistes	1737
Exercice à titre privé des appareilleurs orthopédique	1738
Installation des optométristes, psychologues cliniciens et orthophonistes	1739
Exercice à titre privé des opticiens lunetiers et optométristes	1740
Nomenclature et actes des techniciennes supérieures et techniciennes en soins obstétricaux	1741
Nomenclature et actes des techniciens supérieurs et techniciens en soins infirmiers	1742
Nomenclature et actes des techniciens supérieurs et techniciens en prothèses dentaires	1743
Nomenclature et actes des techniciens supérieurs et techniciens en kinésithérapie	1748
<b>Transport Sanitaire</b>	
Réglementation du transport sanitaire	1748
Normes techniques des ambulances médicalisées	1750
<b>Pharmacie</b>	
Autorisation d'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits Pharmaceutiques	1754
Modalités d'inspection de la pharmacie	1757
Généralisation du médicament générique	1772
Directeur technique d'un établissement de production et/ou de distribution de Produits Pharmaceutique	1773
Commission centrale d'agrément d'établissements de production de produits pharmaceutiques	1774
Conditions d'importation des produits pharmaceutiques	1776
Procédures de réalisation d'un essai clinique	1785
Conditions Techniques à l'Importation des Médicaments et Dispositifs Médicaux	1793
<b>Officines Pharmaceutiques</b>	
Couverture en Officines des Zones enclavées	1800
Expertise d'un produit médicamenteux	1801
Mise à jour de la nomenclature nationale du médicament	1802
Profession de Pharmacien d'Officine	1803
Rappel de Textes réglementaires	1805
<b>Maison de Santé</b>	
Structures de séjour en appui aux structures sanitaires	1812

# **Textes Fondamentaux**

**Extraits de la révision constitutionnelle adoptée au terme du référendum  
du 28 novembre 1996**

**Article 14 :** L'Etat est fondé sur les principes d'organisation démocratique et de justice sociale.

**Article 29 :** Les citoyens sont égaux devant la loi, sans que puisse prévaloir aucune discrimination pour cause de naissance, de race, de sexe, d'opinion ou de toute autre condition ou circonstance personnelle ou sociale.

**Article 31 :** Les institutions ont pour finalité d'assurer l'égalité en droits et devoirs de tous les citoyens et citoyennes en supprimant les obstacles qui entravent l'épanouissement de la personne humaine et empêchent la participation effective de tous, à la vie économique, sociale et culturelle.

**Article 43 :** Le droit de créer des associations est garanti.  
L'Etat encourage l'épanouissement du mouvement associatif.  
La loi détermine les conditions et les modalités de création des associations.

**Article 54 :** Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé.  
L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques.

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 151-20° et 154 ;  
Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique,  
Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966 modifiée et complétée, portant code de procédure civile ;  
Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966 modifiée et complétée, portant code de procédure pénale ;  
Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 modifiée et complétée, portant code pénal ;  
Vu l'ordonnance n° 67-24 du 18 janvier 1967, modifiée et complétée, portant code communal ;  
Vu l'ordonnance n° 69-38 du 23 mai 1969, modifiée et complétée, portant code de la wilaya ;  
Vu l'ordonnance n° 73-65 du 28 décembre 1973 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires ;  
Vu l'ordonnance n° 75-9 du 17 février 1975 relative à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses et des stupéfiants ;  
Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;  
Vu l'ordonnance n° 76-12 du 20 février 1976 portant création des centres hospitalo-universitaires ;  
Vu l'ordonnance n° 76-35 du 16 avril 1976 portant organisation de l'éducation et de la formation ;  
Vu l'ordonnance n° 76-79 du 23 octobre 1976 portant code de l'éducation physique et sportive ;  
Vu la loi n° 78-02 du 11 février 1978 relative au monopole de l'état sur le commerce extérieur ;  
Vu la loi 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur ;  
Vu la loi n° 80-04 du 1<sup>er</sup> mars 1980 relative à l'exercice de la fonction de contrôle par l'assemblée populaire nationale ;  
Vu l'ordonnance n° 80-05 du 1<sup>er</sup> mars 1980, modifiée et complétée, relative à l'exercice de la fonction de contrôle par la cour des comptes ;  
Vu la loi 80-07 du 9 août 1980 relative aux assurances ;  
Vu la loi n° 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement ;  
Vu la loi n° 83-17 du 16 juillet 1983 relative au code des eaux ;  
Après adoption par l'Assemblée populaire nationale ;  
Promulgue la loi dont la teneur suit :

## TITRE I PRINCIPES ET DISPOSITIONS FONDAMENTAUX Chapitre I

### Principes fondamentaux

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente loi a pour objet de fixer les dispositions fondamentales en matière de santé et de concrétiser les droits et devoirs relatifs à la protection et à la promotion de la santé de la population.

**Article 2.** La protection et la promotion de la santé concourent au bien être physique et moral de l'homme et à son épanouissement au sein de la société, et constituent, de ce fait, un facteur essentiel du développement économique et social du pays.

**Article 3.** Les objectifs en matière de santé visent la protection de la vie de l'homme contre les maladies et les risques, ainsi que l'amélioration des conditions de vie et de travail, notamment par :

le développement de la prévention :

la distribution de soins répondant aux besoins de la population :

la protection sanitaire prioritaire des groupes à risque ;

la généralisation de la pratique de l'éducation physique, des sports et des loisirs

l'éducation sanitaire.

**Article 4.** Le système national de santé se définit comme l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population.

Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire.

**Article 5.** Le système national de santé est caractérisé par :

la prédominance et le développement du secteur public ;

une planification sanitaire qui s'insère dans le processus global du développement économique et social national ;

l'inter-sectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes nationaux arrêtés en matière de santé ;

le développement des ressources humaines, matérielles et financières en adéquation avec les objectifs nationaux arrêtés en matière de santé ;

la complémentarité des activités de prévention de soins et de réadaptation

des services de santé décentralisés sectorisés et hiérarchisés, en vue d'une prise en charge totale des besoins sanitaires de la population

l'organisation de la participation active et effective de la population à la détermination et à l'exécution des programmes d'éducation sanitaire;

l'intégration des activités de santé quel que soit le régime d'exercice.

### Chapitre II

#### Dispositions générales relatives aux services de santé

**Article 6.** La carte sanitaire constitue le schéma directeur du système national de santé.

**Article 7.** Le réseau sanitaire national est conçu de manière à offrir des soins de santé complets.

**Article 8.** Les soins de santé complets englobent :

-La prévention de maladie à tous les niveaux ;

-Le diagnostic et le traitement de la maladie ;

-La réadaptions des malades ;

- L'éducation sanitaire :

**Article 9.** La création des différents types de structures sanitaires se fait selon les besoins de santé de la population et les caractères socio-économiques des différentes régions du territoire national, et les normes définies dans le carte sanitaire

**Article 10.** L'ensemble des structures sanitaires ou à vocation sanitaire relèvent de tutelle du ministre chargé de la santé ou sont soumises à son contrôle technique, conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 11.** Les structures sanitaires doivent être accessibles à toute la population avec le maximum d'efficacité et de facilité, dans le respect de la dignité humaine.

**Article 12.** Les structures sanitaires sont appelées à assurer des activités de formation et de recherche scientifique, conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 13.** Les activités de formation et de recherche scientifique, qui se déroulent au sein des structures de santé, se font dans le strict respect du malade.

**Article 14.** L'organisation des différentes structures sanitaires, leur mission leur dénomination et les modalités de leur fonctionnement sont définies par voie réglementaire.

**Article 15.** Peuvent être considérées comme structures à vocation sanitaire et dénommées centres de cure, l'ensemble des structures qui disposent de moyens thérapeutiques naturels, de sources thermales, de gisement de boue thérapeutique .d'algues marines ou de conditions climatiques favorables aux traitements curatifs et préventifs.

**Articles 16 :** Sont considérées comme structures à vocation sanitaire et dénommées centres de réadaptation, les structures qui assurent la consultation et les soins de rééducation fonctionnelle physique ou mentale.

**Article 17 :** La création, l'extension, le changement d'affectation et la fermeture, temporaire ou définitive de toute structure sanitaire ou à vocation sanitaire est soumise à l'autorisation préalable du ministre chargé de la santé.

Toutefois, la fermeture temporaire des structures susvisées, n'excédant pas une période de trois mois, est soumise à une autorisation préalable du wali.

**Article 18 :** Les organismes et entreprises, détenteurs de monopole de fonctions économiques, assurent la production et la distribution des médicaments, sérums, vaccins, produits dérivés, équipements et matériels médicaux, dans les conditions fixées par la législation en vigueur.

**Article 19 :** Les organismes et entreprises prévus à l'article 18 ci-dessus sont créés par voie réglementaire.

### **Chapitre III Gratuité des soins**

**Article 20 :** Le secteur public constitue le cadre essentiel d'intervention de la gratuité des soins conformément à l'article 67 de la Constitution.

**Article 21 :** L'Etat met en œuvre tous les moyens destinés à protéger et à promouvoir la santé en assurant la gratuité des soins.

**Article 22 :** Les prestations de soins définies comme étant l'ensemble des actions de santé publique, les actes de diagnostic, le traitement et l'hospitalisation des maladies, sont gratuites dans l'ensemble des structures sanitaires publiques.

### **Chapitre IV La planification sanitaire**

**Article 23 :** La planification sanitaire s'insère dans le plan national de développement économique et social. Elle assure une répartition harmonieuse et rationnelle des ressources tant humaines que matérielles, dans le cadre de la carte sanitaire.

**Article 24 :** La planification sanitaire définit les objectifs et fixe les moyens à mettre en œuvre en matière :

d'infrastructure;  
d'équipements;  
de ressources humaines;  
de programmes de formation;  
de programme de santé.

## **TITRE II SANTÉ PUBLIQUE ET EPIDEMIOLOGIE**

### **Chapitre I Dispositions générales**

**Article 25 :** On entend par santé publique, l'ensemble des mesures préventives, curatives, éducatives et sociales ayant pour but de préserver et d'améliorer la santé de l'individu et de la collectivité.

**Article 26 :** On entend par épidémiologie, l'ensemble des activités dont l'objet est d'identifier les facteurs de l'environnement ayant un effet préjudiciable pour l'homme, en vue de leur réduction ou de leur élimination, et de déterminer les normes sanitaires visant à assurer des conditions saines de vie et de travail.

**Article 27 :** La prévention générale remplit trois missions :

prévenir les maladies, les blessures et les accidents ;  
détecter les symptômes suffisamment à temps pour empêcher le déclenchement de la maladie ;  
empêcher l'aggravation de la maladie quand elle s'est déclarée, pour éviter les séquelles chroniques et réaliser une réadaptation correcte.

**Article 28 :** Il est institué un carnet de santé, afin de mieux suivre l'état de santé de la population, d'enregistrer de façon plus précise les vaccinations et les soins médicaux fournis.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 29 :** Il est fait obligation à tous les organes de l'Etat, aux collectivités locales, entreprises, organismes, et à la population, d'appliquer les mesures de salubrité, d'hygiène, de lutte contre les maladies épidémiques, de lutte contre la pollution du milieu, d'assainissement des conditions de travail, de prévention générale.

**Article 30 :** Les normes et règles applicables à l'ensemble des secteurs du pays dans les domaines de la salubrité, de l'hygiène, de la prévention, de l'éducation sanitaire, sont définies par voie réglementaire.

**Article 31 :** Les infractions aux règles et aux normes de salubrité, d'hygiène et de prévention générale, entraînent des sanctions disciplinaires ou administratives, sans préjudice des dispositions pénales.

### **Chapitre II Mesures de protection du milieu et de l'environnement**

**Article 32 :** L'eau destinée à la boisson, à l'usage ménager et à l'usage de l'hygiène corporelle, doit satisfaire aux normes définies par la réglementation tant en qualité qu'en quantité.

**Article 33 :** Pour l'adduction de l'eau destinée à la boisson et à l'usage ménager, il est établi des règles et normes de protection sanitaire pour assurer une qualité appropriée de l'eau.

Les modalités d'établissement de ces normes et règles sont fixées par voie réglementaire.

**Article 34 :** Les agglomérations doivent disposer d'un approvisionnement en eau potable, d'un réseau d'égouts, de revêtement des chaussées, de zones de verdure, d'un système de nettoyage et d'un réseau de toilettes publiques.

**Article 35 :** La production, la conservation et le transport des produits alimentaires, l'équipement de préparation, les matériaux d'emballage et la vente de ces produits, sont soumis au contrôle périodique de salubrité et d'hygiène.

Les modalités et formes de contrôle sont arrêtées par voie réglementaire.

**Article 36 :** Les matériaux d'emballage présentant des dangers, scientifiquement prouvés, sont interdits.

**Article 37 :** Les sociétés, entreprises et tout prestataire de service dans le domaine de l'alimentation, sont tenues d'assurer, à leurs travailleurs, des examens médicaux appropriés et périodiques.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 38 :** L'emploi des substances chimiques pour la production et la conservation alimentaire, végétale, des produits phytosanitaires et de synthèse, est défini par voie réglementaire.

**Article 39 :** La restauration en collectivité doit être conforme aux normes d'hygiène et de nutrition.

**Article 40 :** L'occupation de maisons d'habitation, des édifices à caractère public, la mise en service des entreprises industrielles et toutes autres installations, sont subordonnées, pour les normes d'hygiène et de sécurité, à une autorisation des services habilités à cet effet.

**Article 41 :** Les responsables des organismes, établissements et entreprises, sont tenus d'assurer l'entretien des locaux de production et de vie, conformément aux règles et normes d'hygiène et de salubrité définies par la réglementation.

**Article 42 :** L'application des mesures visant à assurer le respect des règles et normes sanitaires de tous les lieux de vie, incombe aux collectivités locales.

**Article 43 :** Le contrôle de l'exécution des règles sanitaires applicables à l'entretien de tous les lieux de vie est effectué par les services de santé.

**Article 44 :** La mise en service de toute entreprise est subordonnée au respect de la législation en vigueur en matière de protection de l'environnement.

**Article 45 :** Les autorités compétentes sont habilitées à interdire, provisoirement, l'exploitation des établissements ou services qui peuvent causer un préjudice à la santé publique.

La décision de réouverture, autorisant l'exploitation des établissements ou services, ne sera accordée que lorsque les conditions requises seront réunies.

**Article 46 :** L'observation des règles de prévention à l'encontre des méfaits du bruit est une obligation pour tous les citoyens.

**Article 47 :** Les mesures de protection contre les méfaits du bruit dans les locaux d'habitation, de travail, dans les rues et villes du pays, seront définies conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 48 :** Le contrôle de l'exécution des règles de lutte contre le bruit se fait conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 49 :** La production, la conservation, le transport, l'application et l'enfouissement des substances radio-actives, des substances toxiques, doivent s'effectuer conformément à la législation en vigueur, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

**Article 50 :** La production, le traitement, l'élaboration, la détention, le transport et l'utilisation des substances et préparations radio-actives et la détention, la collecte, le transport, le traitement et l'évacuation définitive des déchets contenant une matière radio-actives, de même que la fabrication des instruments et équipements contenant une source de rayonnement ionisant ou émettant de tels rayonnements, et leur utilisation et mise en exploitation ne peuvent se faire que dans les conditions techniques ne portant pas préjudice à la santé publique.

**Article 51 :** Lorsqu'une personne, un animal ou un objet est présumé avoir subi un dommage dû aux rayonnements ou est contaminé par une substance radio-actives, les services sanitaires prennent, dans l'intérêt de la protection sanitaire de la population, les dispositions nécessaires pour écarter le danger.

### Chapitre III

#### Prévention et lutte contre les maladies transmissibles

**Article 52 :** Les walis, les responsables des organismes publics, les services sanitaires et les présidents d'A.P.C. assurent, en temps opportun, la mise en application de mesures pour prévenir l'apparition d'épidémie, et l'élimination de la source à l'origine des causes de maladies qui apparaissent.

**Article 53 :** Les personnes atteintes de maladies contagieuses et qui constituent une source de contamination, doivent subir un traitement hospitalier ou ambulatoire ; Les personnes en contact avec les malades doivent subir un contrôle médico-sanitaire et peuvent être soumises à un traitement préventif.

La liste des maladies contagieuses est arrêtée par voie réglementaire.

**Article 54 :** Tout médecin est tenu de déclarer immédiatement aux services sanitaires concernés, toute maladie contagieuse diagnostiquée, sous peine de sanctions administratives et pénales.

**Article 55 :** En vue de la prévention des maladies infectieuses, les habitants sont soumis à la vaccination obligatoire et gratuite.

La liste des maladies transmissibles nécessitent une vaccination obligatoire est fixée par voie réglementaire.

**Article 56 :** Le contrôle sanitaire aux frontières à pour objet de prévenir la propagation par voie terrestre, aérienne ou maritime des maladies transmissibles, en application des lois et règlements en vigueur.

**Article 57 :** Le service du contrôle sanitaire aux frontières exerce son action au moyen de postes sanitaires implantés dans les ports, les aéroports et les localités contrôlant des axes routiers ou ferroviaires du territoire national.

Les services du contrôle sanitaire aux frontières sont placés sous l'autorité du ministre chargé de la santé.

**Article 58 :** Les médecins et agents des services du contrôle sanitaire aux frontières, procèdent aux investigations sanitaires et peuvent dresser des procès-verbaux de contravention. Lors de leur entrée en fonction, ils prêtent serment devant le tribunal de la résidence à laquelle ils sont initialement affectés.

**Article 59 :** Tout ressortissant algérien se rendant à l'étranger, dans un pays où existe une des maladies soumises au règlement international, doit subir obligatoirement, avant son départ, les vaccinations requises et se munir, éventuellement, du traitement chimioprophylactique adéquat.

**Article 60 :** Il est nécessaire de soumettre à un examen médical ou, le cas échéant, sanitaire, compte tenu des accords internationaux en vigueur, les personnes et les moyens de transports et leur personnel et chargement, en provenance d'un territoire étranger contaminé par une maladie infectieuse prévue par la loi et de prendre, en fonction du résultat de cet examen, les mesures qui s'imposent pour empêcher une propagation éventuelle de l'infection.

La personne atteinte, ou présumée atteinte, d'une maladie infectieuse peut également être soumise à quarantaine.

Les objets ou substances contaminées peuvent, si nécessaire, être détruits. Cette mesure ne donne pas lieu à une indemnisation.

### Chapitre IV

#### Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles prévalentes et les fléaux sociaux.

**Article 61 :** Les structures sanitaires et le personnel sanitaire organisent, avec le concours et l'assistance des autorités et organismes publics, des campagnes et actions de prévention contre les maladies non transmissibles et les fléaux sociaux.

Les services de santé participent également aux actions de prévention des accidents.

**Article 62 :** Le ministre de la santé établit la liste des maladies non transmissibles qui nécessitent la tenue d'un dossier, par malade, afin de lui assurer le traitement spécialisé approprié dans les structures à caractère sanitaire aménagées à cet effet, ainsi que sa réadaptation et sa réinsertion sociale.

**Article 63 :** L'usage du tabac est interdit dans les lieux publics. La liste de ces lieux et les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 64 :** Toutes les parties concernées veillent à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme par l'éducation sanitaire et l'information.

**Article 65 :** La publicité pour les tabacs et alcools est interdite.

**Article 66 :** La vente des tabacs est subordonnée à l'opposition, sur l'emballage, d'une étiquette portant la mention « la consommation du tabac est nocive pour la santé ».

### Chapitre V

#### Mesures de protection maternelle et infantile

**Article 67 :** La famille bénéficie de la protection sanitaire pour sauvegarder et promouvoir les conditions de santé et d'équilibre psychoaffectif de ses membres.

**Article 68 :** La protection maternelle et infantile est l'ensemble des mesures médicales sociales, administratives, ayant pour but notamment :

de protéger la santé de la mère en lui assurant les meilleures conditions médicales et sociales aussi bien avant, pendant, qu'après la grossesse ;

de réaliser les meilleures conditions de santé et de développement psychomoteur de l'enfant.

**Article 69 :** L'assistance médicale dispensée doit permettre de sauvegarder la grossesse, de dépister les affections « in-utéro » et d'assurer la santé et le développement de l'enfant à naître.

**Article 70 :** L'espacement des grossesses fait l'objet d'un programme national destiné à assurer un équilibre familial harmonieux et à préserver la vie et la santé de la mère et de l'enfant.

**Article 71 :** Des moyens appropriés sont mis à la disposition de la population afin d'assurer la mise en œuvre du programme national en matière d'espacement des grossesses.

**Article 72 :** L'avortement dans un but thérapeutique est considéré comme une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger, ou préserver son équilibre physiologique et mental gravement menacé.

L'avortement est effectué par un médecin dans une structure spécialisée, après un examen médical conjoint avec un médecin spécialiste.



**Article 73 :** Les modalités d'assistance médico-sociale, visant à la prévention efficace des abandons d'enfants, sont fixées par voie réglementaire.

**Article 74 :** Les enfants sont pris en charge en matière de surveillance médicale, de prévention, de vaccination, d'éducation sanitaire et de soins, selon des modalités fixées par les services de santé.

**Article 75 :** L'ouverture et le fonctionnement de crèches et garderies d'enfants sont subordonnées au respect des normes d'hygiène et de sécurité, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

#### Chapitre VI

##### Mesures de protection en milieu du travail

**Article 76 :** La protection sanitaire en milieu de travail a pour but d'élever le niveau de la capacité de travail et de création, d'assurer une prolongation de la vie active des citoyens, de prévenir les atteintes pathologiques engendrées par le travail, d'en diminuer la fréquence, de réduire les cas d'invalidité et d'éliminer les facteurs ayant une influence nocive sur la santé des citoyens.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par voie réglementaire.

#### Chapitre VII

##### Mesures de protection sanitaire en milieu éducatif

**Article 77 :** La protection sanitaire vise la prise en charge de la santé des élèves, des étudiants et des enseignants, dans leur milieu professionnel par :

le contrôle de l'état de santé de chaque élève, étudiant et enseignant, et de toute autre personne ayant un contact direct ou indirect avec eux ; les activités d'éducation sanitaire ;

le contrôle de l'état de salubrité des locaux et dépendances de tout établissement d'enseignement et de formation.

**Article 78 :** Les activités d'hygiène, de prévention et de soins de premier secours sont l'une des tâches principales des structures éducatives et de leur personnel.

L'exécution des activités sanitaires est assurée par les services de santé, d'une façon coordonnée avec les établissements éducatifs et les collectivités locales.

**Article 79 :** La pratique de l'éducation physique est à encourager dans tous les établissements d'enseignement et de formation.

**Article 80 :** La pratique de l'éducation physique doit être régulière, équilibrée, adaptée à l'âge et à la constitution physique des jeunes.

Les participants aux compétitions sportives sont soumis à un examen d'aptitude physique et à un contrôle médical régulier.

**Article 81 :** Toute activité sportive dans les établissements d'enseignement et de formation est soumise au contrôle médical périodique.

**Article 82 :** Les ministres concernés, chacun dans son domaine, fixent les conditions et les modalités d'applications des dispositions visées aux articles du présent chapitre.

#### Chapitre VIII

##### Protection et promotion de la santé par l'éducation physique et sportive

**Article 83 :** Dans le but de protéger et d'améliorer la santé de la population, tous les secteurs d'activité nationale sont tenus d'organiser des activités physiques et sportives.

Les programmes de ces activités sont adaptés à l'âge, au sexe, à l'état de santé et aux conditions de vie et de travail de la population.

**Article 84 :** Les collectivités locales, les organismes et entreprises doivent prévoir dans les projets de construction, l'installation de structures et d'équipements de culture physique et de sport appropriés, dans les agglomérations, auprès des établissements pour enfants, des établissements de formation, des entreprises et de tout autre collectif organisé.

**Article 85 :** Les personnes candidates à la pratique du sport de haute performance sont soumises aux normes et règles de médecine relative à l'éducation physique et sportive, pour déterminer leur aptitude médicale et biologique, surveiller leur adaptabilité psychosomatique aux charges intensives répétées et améliorer leurs performances sportives.

**Article 86 :** Il est interdit d'utiliser des produits de dopage dans le but d'élever de manière artificielle, le niveau de performances sportives.

**Article 87 :** Un dispositif de secours est mis en place pour la couverture sanitaire des manifestations sportives.

**Article 88 :** Les modalités d'application des dispositions du présent chapitre sont fixées par voie réglementaire.

#### Chapitre IX

##### Mesures de protection des personnes en difficulté

**Article 89 :** Est considérée comme personne en difficulté, tout enfant, adolescent, adulte ou personne âgée atteint :

soit d'une déficience psychologique ou anatomique ;

soit d'une incapacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normales pour un être humain ;

soit d'un handicap qui limite ou interdit une vie sociale normale.

**Article 90 :** Les personnes en difficulté ont droit à la protection sanitaire et sociale conformément à la législation en vigueur.

**Article 91 :** Les actions en faveur des personnes en difficultés doivent être marquées par le respect de la personne humaine et ménager leur dignité et leur sensibilité particulière.

**Article 92 :** Les personnes en difficulté bénéficient de soins appropriés, de la rééducation et de l'appareillage.

**Article 93 :** Les mesures appropriées pour la prévention de l'incapacité, la rééducation, la réadaptation et l'insertion dans la vie sociale des personnes atteintes de déficience, d'incapacité ou d'un handicap, sont fixées par voie réglementaire.

**Article 94 :** Le personnel médical et les autres personnes nécessaires à la prise en charge des personnes en difficulté exercent leurs activités dans les établissements correspondants selon des dispositions fixées par voie réglementaire.

**Article 95 :** Les services de santé assurent la couverture sanitaire et veillent, en liaison avec les services concernés, au respect des normes d'hygiène et de sécurité des établissements spécialisés pour les personnes en difficulté, conformément à la législation et la réglementation en vigueur.

#### Chapitre X

##### L'éducation sanitaire

**Article 96 :** L'éducation sanitaire est une obligation dévolue à l'état, conformément aux dispositions de présente loi.

**Article 97 :** L'éducation sanitaire a pour but de contribuer au bien être de la population par l'acquisition des connaissances nécessaires, notamment en matière :

d'hygiène individuelle et collective ;

de protection de l'environnement ;

de nutrition saine et équilibrée ;

de prévention des maladies et des accidents ;

de consommation des médicaments ;

de lutte contre les pratiques nocives ;

de promotion de l'éducation physique et sportive ;

**Article 98 :** L'éducation sanitaire dans le monde du travail vise à créer les conditions d'hygiène et de sécurité nécessaires à la prévention des risques et maladies professionnelles.

**Article 99 :** Les principaux domaines d'intervention de l'éducation pour la santé sont :

l'éducation des enfants et des jeunes en matière d'hygiène, de prévention et de premier secours ;

l'intégration de l'éducation sanitaire dans le programme général d'enseignement ;

la promotion des campagnes d'éducation sanitaire concernant les groupes à risques.

**Article 100 :** Les activités d'éducation sanitaire s'exercent sur la base d'un plan unifié d'éducation sanitaire, établi et mis en œuvre, par le ministre chargé de la santé, en collaboration avec les instances concernées.

**Article 101 :** La promotion de la santé est mise en œuvre, de façon globale et intégrée, par un programme national d'éducation sanitaire des masses s'appuyant sur l'utilisation de tous les moyens d'information.

**Article 102 :** Les conditions et les modalités d'application du programme d'éducation sanitaire sont fixées par voie réglementaire.

**TITRE III**  
**SANTE MENTALE**  
**Chapitre I**  
**Traitement des malades mentaux**  
**Section 1 Structures**

**Article 103 :** Les malades mentaux sont pris en charge dans l'une des structures suivantes : établissements hospitaliers spécialisés psychiatriques ; services psychiatriques et services des urgences psychiatriques des hôpitaux généraux ; unité du réseau sanitaire de base.

**Article 104 :** Il est créé des unités hospitalières ou extrahospitalières destinées à la prévention, au dépistage, au traitement ou à la prise en charge d'enfants et d'adolescents des deux sexes, âgés de moins de 16 ans, dont les troubles ou les déficiences mentales constituent, soit l'unique maladie, soit la maladie principale.

**Section 2**  
**L'hospitalisation en service ouvert**

**Article 105 :** L'hospitalisation et la sortie d'un malade en service ouvert de psychiatrie n'est soumise à aucune réglementation particulière.

L'hospitalisation en service ouvert fait suite à l'établissement, par le médecin psychiatre dudit service, d'un billet d'admission rédigé selon les règles d'admission en usage dans ce domaine.

**Section 3**  
**La mise en observation**

**Article 106 :** La mise en observation d'un malade mental s'effectue dans un service psychiatrique.

**Article 107 :** La présentation peut avoir lieu :

soit par le malade lui-même ;

soit à l'autorité médicale d'un service spécialisé, par la famille du malade ou par son représentant légal.

Soit à l'autorité médicale d'un service psychiatrique, par toute personne publique prenant intérêt du malade : wali, président d'assemblée populaire communale, commissaire de police, responsable de gendarmerie ou leur représentant dûment mandaté.

**Article 108 :** La personne qui aura présenté le malade est tenue d'accompagner celui-ci pendant les phases médicales et administratives de son hospitalisation, aux fins de fournir tous renseignements utiles.

**Article 109 :** La mise en observation reste, dans tous les cas, subordonnée à la décision du médecin psychiatre de l'établissement auquel le malade aura été présenté, dans les formes décrites ci-dessus.

La mise en observation ne devient effective, qu'après établissement, au nom du malade, par le médecin psychiatre du service, d'un bulletin d'admission pour mise en observation.

**Article 110 :** Toute personne physique privée ou publique, qui aura usé de la mise en observation d'une tierce personne, dans un but manifestement autre que celui de l'intérêt, de celui-ci, sera passible de poursuites et de sanctions pénales.

**Article 111 :** Seul le procureur général près de la cour, ou le wali, sont habilités à prendre une décision d'examen psychiatrique d'office.

La demande d'examen psychiatrique d'office devra être, obligatoirement, introduite par un certificat médical, établi par tout médecin attestant les troubles mentaux présentés par le malade et le danger de ce dernier, conformément aux dispositions de l'article 113 ci-dessous.

**Article 112 :** Dans le cas où l'autorité publique le juge utile, notamment lorsqu'un danger estimé imminent est encouru, du fait de la maladie, par le malade lui-même ou par autrui, une décision d'examen psychiatrique d'office peut être prise par l'apposition au formulaire de demande d'examen psychiatrique de la mention « examen psychiatrique d'office ».

**Article 113 :** Le certificat médical visé à l'article 111 ci-dessus, destiné au wali ou au procureur général, devra être conclu par la formule : « ce malade doit être examiné d'office dans un service ou hôpital psychiatrique ».

**Article 114 :** Nul ne peut certifier la nécessité de l'examen d'office d'un parent ascendant ou descendant, d'un conjoint, d'un collatéral, frère ou sœur, d'un oncle, d'une tante, ni de leurs conjoints respectifs.

**Article 115 :** Nul ne peut décider l'examen d'office d'un parent ascendant ou descendant, d'un collatéral, frère ou sœur, d'un oncle, d'une tante, ni de leurs conjoints respectifs.

**Section 4**  
**Le placement volontaire**

**Article 116 :** Au terme ou au cours de la mise en observation, le malade peut être placé en observation, le malade peut être placé sous le régime du placement volontaire, sur proposition d'un médecin psychiatre de l'établissement.

L'accord de la famille du malade ou du représentant dûment mandaté de celle-ci est requis, nécessaire et suffisant, pour toute transformation de mise en observation en placement volontaire.

L'accord de la famille du malade sera matérialisé par une demande de placement volontaire dont la teneur sera transcrite sur un registre *ad-hoc*.

L'exemplaire de cette demande de placement volontaire, reçu par le médecin psychiatre de l'établissement, signé et revêtu de son accord, sera déposé à la direction de l'établissement, à l'effet d'y être conservé et présenté à toute réquisition des autorités compétentes.

**Article 117 :** Dans le cas où le malade, n'ayant pas de famille, est majeur et civilement capable, il peut lui-même établir la demande de placement volontaire le concernant. Dans le cas où le malade, n'ayant pas de famille, est mineur ou civilement incapable toute personne prenant son intérêt, à l'exception du médecin psychiatre de l'établissement et de tout préposé à l'établissement, pourra être désignée, par le procureur de la République, curateur ou tuteur du malade et remplira, à l'un de ces titres, la demande de placement volontaire.

**Article 118 :** Dans les cas prévus par les articles 116 et 117 ci-dessus, la demande de placement volontaire, ainsi que les décisions éventuelles du procureur général près la cour, seront acheminées et conservées suivant la procédure décrite au présent chapitre.

**Article 119 :** La mesure de placement volontaire est prise pour une durée indéterminée.

**Article 120 :** La mesure de placement volontaire est soumise aux mesures de contrôle prévues au chapitre II du présent titre.

**Article 121 :** La sortie d'un malade en placement volontaire se fera :

soit sur l'initiative du médecin psychiatre de l'établissement ;

soit sur la demande du malade lui-même ; quand il est majeur et civilement responsable ;

soit obligatoirement, des qu'une requête de sortie est écrite, signée, et remise ou transmise au médecin de l'établissement par la personne qui a demandé le placement volontaire ;

soit par une personne ci-après désignées qui pourra demander et obtenir automatiquement, sauf opposition du malade majeur et civilement capable lui-même, la sortie du malade en placement volontaire ;

-un ascendant direct du malade

-un descendant direct majeur du malade

-le conjoint du malade,

-un collatéral majeur du malade, frère ou sœur

-l'oncle ou la tante directs et majeurs du malade,

-le curateur ou le tuteur du malade.

## Section 5 L'hospitalisation d'office

**Article 122 :** La mesure de placement volontaire peut être transformée en hospitalisation d'office conformément aux dispositions de la présente section.

**Article 123 :** Au terme ou au cours de la mise en observation, le médecin psychiatre de l'établissement peut prendre l'initiative de requérir une hospitalisation d'office.

**Article 124 :** Sous réserve des dispositions prévues à l'article 129 ci-dessous, la décision d'hospitalisation d'office est prise par arrêté du wali, sur requête motivée du médecin de l'établissement, lorsque la sortie du malade est susceptible d'entraîner un risque vital pour lui ou un danger pour l'ordre public ou pour la sécurité des personnes.

**Article 125 :** Pour provoquer l'hospitalisation d'office. Le médecin psychiatre de l'établissement adresse au wali, une requête dans laquelle il détaille les motifs pour lesquels il estime cette mesure nécessaire, les réactions dangereuses passées ou actuelles du malade et les risques que peut engendrer la sortie de celui-ci.

Si le wali, après expertise médicale, estime injustifiée la requête d'hospitalisation d'office, il le fait connaître au psychiatre et saisit obligatoirement la commission de santé mentale prévue à l'article 126 ci-dessous.

**Article 126 :** La commission de santé mentale est composée :

- d'un représentant du wali,
- d'un magistrat ayant rang de président de chambre à la cour, président de la commission.
- deux médecins spécialistes en psychiatrie.

La commission examine la décision du wali et conclut par le bien fondé ou le mal fondé de celle-ci, les décisions de la commission sont exécutoires.

**Article 127 :** Sous peine d'hospitalisation d'office est prise pour six mois, au maximum, et peut être renouvelée par arrêté du wali, selon les modalités prévues aux articles 124 et 125 ci-dessus.

**Article 128 :** Sous peine de nullité de l'arrêté du wali, et sans préjudice des poursuites et des sanctions pénales encourues, le médecin psychiatre de l'établissement ne peut, en aucun cas, requérir une hospitalisation d'office pour un malade membre de sa famille, en particulier : parents, ascendant ou descendant, conjoint, collatéral, frère ou sœur, oncle ou tante.

Il ne peut requérir d'hospitalisation d'office pour les conjoints des personnes désignées à l'alinéa précédent.

**Article 129 :** Nul ne peut prendre l'arrêté d'hospitalisation d'office concernant un parent, ascendant ou descendant, un conjoint, un collatéral, frère ou sœur, un oncle, une tante, ni leurs conjoints respectifs.

**Article 130 :** La sortie des malades hospitalisés d'office s'effectue dans les conditions suivantes.

Lorsque le médecin psychiatre de l'établissement estime opportune la sortie d'un malade hospitalisé d'office, il adresse au wali une requête motivée de levée d'hospitalisation d'office.

Cette requête de levée d'hospitalisation devra parvenir au wali avant l'échéance fixée par le dernier arrêté d'hospitalisation d'office concernant le malade.

Un accord du wali, ou la simple notification du médecin psychiatre de l'établissement de la réception de la requête de levée d'hospitalisation d'office rend exécutoire, immédiatement et sans délai, la sortie du malade.

Le médecin psychiatre de l'établissement établit, à cet effet, un bulletin de sortie du malade, selon les règles habituelles de rédaction du bulletin de sortie en usage dans les services de santé.

**Article 131 :** Dans le cas d'un avis défavorable, émis par le wali et transmis au médecin psychiatre de l'établissement, la sortie du malade hospitalisé d'office ne pourra s'effectuer avant l'échéance de la dernière période couverte par l'arrêté d'hospitalisation d'office.

Au terme de ce délai, le médecin psychiatre de l'établissement sera libre d'autoriser la sortie du malade en hospitalisation d'office.

**Article 132 :** Dans les conditions décrites au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 131 ci-dessus, le wali et le médecin psychiatre de l'établissement peuvent exercer, séparément, un recours auprès de la commission de santé mentale, qui tranchera, après double expertises, dans des délais ne dépassant pas 2 mois à compter de la date d'introduction du ou des recours.

Le recours auprès de la commission de santé mentale pourra être exercé par la famille du malade.

Le recours auprès de la commission de santé mentale n'est pas suspensif des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 126 ci-dessus.

**Article 133 :** Dans le cas où un malade hospitalisé d'office s'évaderait de l'établissement où il est maintenu en traitement, le médecin psychiatre de l'établissement est tenu de prévenir d'urgence le wali et de lui adresser un certificat de situation faisant état des risques éventuels réels ou supposés de développement de réaction.

**Article 134 :** La sortie d'un malade hospitalisé d'office ne peut s'effectuer que dans les conditions prévues par les articles 130, 131 et 132 ci-dessus, hormis les cas où elle est décidée par la commission de santé mentale.

**Article 135 :** L'hospitalisation d'office peut, à tout moment, sur requête motivée du médecin psychiatre de l'établissement et par décision du wali, être transformée en placement volontaire.

**Article 136 :** Les enfants et les adolescents non pervers, âgés de moins de 16 ans, ne peuvent faire l'objet de mesure d'examen psychiatrique d'office, ni de placement volontaire, ni d'hospitalisation d'office.

**Article 137 :** Les personnes séniles, dont l'affaiblissement des facultés psychiques constitue l'essentiel de la maladie, ne peuvent faire l'objet de mesure d'examen psychiatrique d'office, ni de placement volontaire, ni d'hospitalisation d'office.

**Article 138 :** Les malades visés aux articles 136 et 137 ci-dessus, seront hospitalisés dans les établissements prévus à l'article 103 ci-dessus, suivant les règles d'hospitalisation communes en usage dans les services de santé.

### Chapitre II

#### Les mesures de contrôle pendant l'hospitalisation

**Article 139 :** Lorsque la mise en observation est transformée en placement volontaire ou en hospitalisation d'office, le médecin psychiatre de l'établissement devra établir un certificat descriptif.

**Article 140 :** Le contenu du certificat relatif aux malades en hospitalisation d'office sera porté, sans délai, à la connaissance du wali qui a ordonné l'hospitalisation d'office et à celle des autorités judiciaires suivantes :

le procureur général près la cour dont relève la commune du domicile habituel du malade ;

le procureur général près la cour dont relève la commune, siège de l'établissement psychiatrique d'hospitalisation du malade.

**Article 141 :** Il est interdit d'employer le malade mental à des travaux, quelle que soit leur forme ou leur nature, pendant l'hospitalisation. Dans tous les cas, seul le médecin psychiatre de l'établissement peut prescrire, sous son entière responsabilité, des travaux à caractère ergothérapeutique pour la réinsertion sociale du malade.

**Article 142 :** Dans chaque établissement où est organisé un service d'examen psychiatrique d'office, de placement volontaire ou d'hospitalisation d'office, il est tenu un registre coté et paraphé par le président du tribunal.

Les indications à consigner dans le registre sont fixées par voie réglementaire.

**Article 143 :** Le wali et le procureur général près la cour peuvent, à tout instant, demander un certificat de situation du malade hospitalisé d'office, au médecin psychiatre de l'établissement.

**Article 144 :** Le wali ou les personnes spécialement déléguées par lui, à cet effet, le procureur général près la cour dont relève, la commune, siège de l'établissement, le président de l'assemblée populaire communale, siège de l'établissement, le directeur de la santé de la wilaya, siège de l'établissement, toute personne dûment déléguée par le ministre chargé de la santé, à cet effet, exerce la surveillance et le contrôle des établissements visés au présent titre.

Ils sont chargés de visiter au moins deux fois par an ces établissements aux fins de recevoir les réclamations des personnes qui y sont placées et de prendre à leur égard tout renseignement propre à faire connaître leur position ou à leur sort.

Lors de ces visites, ils devront prendre connaissance du registre, des dossiers individuels et se faire présenter tout malade.

### Chapitre III

#### La mise sous surveillance médicale

**Article 145 :** Pour les malades susceptibles, faute de traitements continus ou réguliers, de devenir dangereux, la mise sous surveillance médicale est une mesure qui rend obligatoire, à titre externe, surveillance et traitements périodiques et réguliers.

Cette mesure conservatoire et préventive peut s'appliquer à tout malade mental, quelle que soit la nature de son affection.

**Article 146 :** La requête de mise sous surveillance médicale sera formulée par le médecin psychiatre traitant.

**Article 147 :** La requête de mise sous surveillance médicale est adressée par le médecin psychiatre traitant au wali.

Le wali notifie au malade la décision de mise sous surveillance médicale.

Cette décision est communiquée au médecin psychiatre traitant.

**Article 148 :** La décision de mise sous surveillance médicale est prononcée pour une durée maximale de six mois, éventuellement renouvelable à la demande du médecin psychiatre traitant.

### Chapitre IV

#### Les voies de recours

**Article 149 :** Toutes les décisions prévues au présent titre peuvent faire l'objet de recours, dans les conditions et suivant les procédures fixées par la législation en vigueur.

### TITRE IV

#### DISPOSITIONS RELATIVES A CERTAINES ACTIVITES PREVENTIVES ET CURATIVES

### Chapitre I

#### L'hospitalisation et les soins médicaux d'urgence

**Article 150 :** Les soins médicaux sont fournis à la population par les structures sanitaires, ainsi que sur les lieux de travail, de formation, à domicile ou sur les lieux d'un accident.

**Article 151 :** Les malades sont hospitalisés sur prescription de leur médecin traitant, après accord du médecin, chef de service.

**Article 152 :** Lorsque l'hôpital auquel le malade est adressé n'est pas en mesure de dispenser les soins médicaux nécessaires, il doit veiller, par tous les moyens, à ce que le malade soit admis dans un autre hôpital ou dans une autre unité spécialisée.

**Article 153 :** Les hôpitaux sont tenus de transmettre aux médecins traitants toutes les informations qu'il est nécessaire de connaître pour poursuivre le traitement qu'ils ont soignés.

**Article 154 :** Les soins médicaux sont fournis avec le consentement du malade ou des personnes habilitées par la loi à donner leur consentement.

Lorsqu'il est nécessaire de donner des soins médicaux d'urgence, pour sauver la vie d'un mineur ou de personnes incapables de discernement ou dans l'impossibilité d'exprimer leur volonté, et que le consentement ou l'accord des personnes habilitées ne peut être obtenu à temps, les soins médicaux sont dispensés par le médecin sous sa propre responsabilité.

En cas de refus des soins médicaux, il est exigé une déclaration écrite, à cet effet, et le médecin est tenu d'informer le malade, ou la personne habilitée à donner le consentement, des conséquences du refus d'accepter des soins.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas dans les cas où, aux termes de la loi, il est obligatoire de donner des soins médicaux pour protéger la population.

**Article 155 :** Toutes les unités sanitaires d'urgence sont tenues de dispenser, en permanence, des soins d'urgence, à toute heure du jour et de la nuit, à tout patient, quel que soit le lieu de son domicile.

Toutes les structures sanitaires sont tenues de dispenser les premiers secours, qu'elle que soit leur spécialité.

Les premiers secours doivent également être dispensés sur le lieu des accidents ou des malades ou des maladies épidémiques, par les équipes des unités sanitaires, en collaboration avec les services et organismes concernés.

**Article 156 :** L'évacuation d'urgence des blessés, des malades ou des femmes enceintes, par tous les moyens de transport, est assurée sous la responsabilité de l'unité sanitaire locale.

**Article 157 :** L'organisation de l'acquisition des connaissances sur les premiers secours est une obligation dévolue à l'Etat, notamment en milieu éducatif et de travail.

### Chapitre II

#### Thérapie au moyen de sang, de plasma et de dérivés du sang

**Article 158 :** Le don de sang à des fins thérapeutiques, la préparation de plasma et de dérivés du sang, ainsi que leur conservation, se font dans des unités sanitaires spécialisées.

La collecte de sang, l'immunisation active des donneurs, la plasmaphérèse, ainsi que la thérapie au moyen de sang, de plasma et de dérivés du sang, sont effectuées par des médecins ou par un autre personnel sanitaire placé sous leur contrôle.

Il est interdit de procéder à une collecte de sang chez les mineurs ou des adultes privés de discernement, ou à des fins spéculatives.

**Article 159 :** Le groupe sanguin est transcrit, obligatoirement, sur la carte d'identité nationale et /ou le permis de conduire.

**Article 160 :** Les modalités de détermination et de transcription du groupe sanguin sont fixées par voie réglementaire.

### Chapitre III

#### Prélèvement et transplantation d'organes humains

**Article 161 :** Le prélèvement d'organes humains et la transplantation de tissus ou d'organes humains ne peuvent être effectués qu'à des fins thérapeutiques ou de diagnostic, dans les conditions prévues par la présente loi.

Le prélèvement et la transplantation d'organes et de tissus humains ne peuvent faire l'objet d'aucune transaction financière.

**Article 162 :** Le prélèvement de tissus ou d'organes ne peut être pratiqué sur des personnes vivantes que s'il ne met pas en danger la vie du donneur. Le consentement écrit du donneur d'organe est exigé, après avoir été établi en présence de deux témoins et déposé auprès du directeur d'établissement et du médecin, chef de service.

Le donneur ne peut exprimer son consentement qu'après avoir été informé, par le médecin, des risques médicaux éventuels qu'entraîne le prélèvement, le donneur peut, en tout temps, retirer le consentement qu'il a déjà donné.

**Article 163 :** Il est interdit de procéder au prélèvement d'organes chez des mineurs ou des personnes privées de discernement. Il est également interdit de procéder au prélèvement d'organes ou de tissus chez des personnes atteintes de maladies de nature à affecter la santé du donneur ou du receveur. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 164 :** Le prélèvement de tissus et d'organes sur des personnes décédées ne peut se faire qu'après constatation médicale et légale du décès, selon des critères scientifiques définis par le ministre chargé de la santé.

Dans ce cas, le prélèvement peut se faire avec le consentement écrit de la personne de son vivant, ou de l'un des membres adultes de la famille, dans l'ordre de priorité suivant : père, mère, conjoint, enfant, frère ou sœur.

Dans le cas où le défunt est sans famille, l'autorisation est demandée au tuteur légal.

**Article 165 :** Il est interdit de procéder au prélèvement de tissus ou d'organes en vue d'une transplantation, si la personne, de son vivant, a exprimé par écrit une volonté contraire ou si le prélèvement entrave l'autopsie médico-légale.

**Article 166 :** La transplantation de tissus ou d'organes humains n'est pratiquée que si elle représente le seul moyen de préserver la vie ou l'intégrité physique du receveur, et qu'après que ce dernier ait exprimé son consentement, en présence du médecin, chef de service sanitaire dans lequel il a été admis, et de deux témoins.

Lorsque le receveur n'est pas en état d'exprimer son consentement, l'un des membres de sa famille peut donner le consentement par écrit, dans l'ordre de priorité indiqué à l'article 164 ci-dessus.

Dans le cas des personnes frappées d'incapacité légale, le consentement peut être donné par le père, la mère ou le tuteur légal, selon le cas.

Dans le cas des mineurs, le consentement est donné par le père ou, à défaut, par le tuteur légal.



Le consentement ne peut être exprimé qu'après que le receveur, ou les personnes énoncées au paragraphe précédent, aient été informés, par le médecin traitant, des risques médicaux encourus.

La transplantation de tissus ou d'organes humains peut être pratiquée sans le consentement visé au premier et deuxième alinéas, lorsque, en raison de circonstances exceptionnelles, il n'est pas possible de prendre contact, à temps, avec la famille ou les représentants légaux d'un receveur qui n'est pas en état d'exprimer son consentement et que tout délai entraînerait son décès, cet état de fait étant confirmé par le médecin chef de service et deux témoins.

**Article 167 :** Le prélèvement et la transplantation de tissus ou d'organes humains sont effectués par des médecins et seulement dans des hôpitaux autorisés à cette fin, par le ministre chargé de la santé.

Une commission médicale, créée spécialement au sein de la structure hospitalière, décide de la nécessité du prélèvement ou de la transplantation.

En cas de prélèvement de tissus ou d'organes sur des personnes décédées, le décès doit avoir été confirmé par, au moins, deux médecins membres de la commission et par un médecin légiste ; leurs conclusions sont consignées dans un registre spécial.

**Article 168 :** Les autopsies peuvent être pratiquées dans les structures hospitalières :

à la demande de l'autorité publique dans un cadre médico-légal ;

à la demande du médecin spécialiste dans un but scientifique.

Les autopsies, dans un but scientifique, peuvent être pratiquées dans le respect des dispositions prévues aux alinéas 2 et 3 de l'article 164 de la présente loi.

## TITRE V

### PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET APPAREILS MEDICO-TECHNIQUES

#### Chapitre I

##### Dispositions générales

**Article 169 :** Au sens de la présente loi, les produits pharmaceutiques comprennent les médicaments, les réactifs biologiques, les produits chimiques officinaux, les produits galéniques, les objets de pansements et tous autres produits nécessaires à la médecine humaine et vétérinaire.

**Article 170 :** On entend par médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, tous produits pouvant être administrés à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger, modifier leurs fonctions organiques.

**Article 171 :** Sont également assimilés à des médicaments :

Les produits d'hygiène et produits cosmétiques contenant des substances vénéneuses à des doses et concentrations supérieures à celles fixées par l'arrêté du ministre chargé de la santé ;

Les produits diététiques ou destinés à l'alimentation animale qui renferment des substances non alimentaires leur conférant des propriétés sur la santé humaine.

**Article 172 :** Tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale, est qualifié « spécialité pharmaceutique ».

**Article 173 :** Les appareils médico-techniques regroupent les appareils utilisés pour les examens et traitements médicaux et pour d'autres activités liées aux soins médicaux, les prothèses dentaires et orthopédiques, les auxiliaires optiques et acoustiques ainsi que les appareils auxiliaires de locomotion.

#### Chapitre II

##### Nomenclatures nationales

**Article 174 :** Afin de protéger ou de rétablir la santé des citoyens, d'assurer l'exécution des campagnes de prévention, de diagnostiquer et de traiter les malades et de protéger la population contre l'utilisation de médicaments non autorisés, les praticiens ne peuvent prescrire et utiliser que les produits pharmaceutiques figurant sur les nomenclatures nationales établies par la commission nationale de nomenclature.

**Article 175 :** Il est créé une commission nationale de nomenclature dont la composition et le fonctionnement sont fixés par voie réglementaire.

**Article 176 :** Il ne peut être délivré au public, ni fabriqué sur le territoire national, des médicaments à l'usage de la médecine humaine ou d'appareils médico-techniques autres que ceux inscrits à la nomenclature des produits pharmaceutiques ou à la nomenclature des appareils médico-techniques agréés par le ministre chargé de la santé, après avis de la commission nationale de nomenclature prévue à l'article 175 ci-dessus.

**Article 177 :** Il appartient au ministre concerné d'inscrire les médicaments destinés à la médecine vétérinaire dans la nomenclature nationale, après avis conforme de la commission nationale de nomenclature.

Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

**Article 178 :** Il est interdit de commercialiser, d'utiliser ou d'expérimenter sur l'homme, des médicaments et produits biologiques à usage humain, sans l'autorisation du ministre chargé de la santé. Toute infraction aux dispositions du présent article sera punie conformément à la loi.

**Article 179 :** L'importation et la fabrication des médicaments et de produits biologiques destinés à la recherche scientifique sont fixées par voie réglementaire.

#### Chapitre III

##### Acquisitions des médicaments et appareils médico-techniques

**Article 180 :** Les médicaments prescrits par les médecins des secteurs sanitaires sont fournis gratuitement par les structures sanitaires publiques aux malades hospitalisés. Pour chaque catégorie de structure sanitaire, est arrêtée une nomenclature par voie réglementaire.

**Article 181 :** Tout médicament n'est délivré que sur présentation d'une prescription médicale, à l'exception de certains produits pharmaceutiques dont la liste est arrêtée par voie réglementaire.

**Article 182 :** Sous réserve des dispositions de l'article 181 ci-dessus, les médicaments acquis à titre onéreux, sur prescription médicale, donnent lieu à remboursement, selon les taux fixés par la législation et la réglementation en vigueur en matière d'assurances sociales.

La liste des médicaments donnant lieu à remboursement et de ceux dont les frais ne sont pas remboursables, est établie par voie réglementaire.

**Article 183 :** Les conditions de fourniture des prothèses et des appareillages, par les structures sanitaires publiques, sont fixées par voie réglementaire.

#### Chapitre IV

##### Fabrication, importation et distribution des médicaments

**Article 184 :** Relèvent des entreprises nationales :

la fabrication des produits pharmaceutiques sous réserves des exceptions prévues à l'article 197 ci-dessus ;

la fabrication des appareils médico-techniques à l'exception de la prothèse dentaire.

La préparation, l'importation et la distribution aux pharmacies des virus atténués ou non, sérums thérapeutiques, toxines modifiées ou non et en général, des divers produits d'origine microbienne ou chimique définis, pouvant servir, sous une forme quelconque, au diagnostic à la prophylaxie ou à la thérapeutique, ainsi que les allergènes, sont confiées à une entreprise nationale.

**Article 185 :** Les conditions dans lesquelles sont fabriqués les objets de pansement, les accessoires de pharmacie, les produits galéniques les réactifs de laboratoires, sont fixées par voie réglementaire.

**Article 186 :** L'importation et la distribution en gros des produits pharmaceutiques relèvent de l'Etat.

**Article 187 :** Les préparations officinales les préparations magistrales et les spécialités pharmaceutiques fabriquées dans les officines de pharmacies, ne sont pas soumises aux dispositions des articles 184, 185 et ci-dessus.

#### Chapitre V

##### Le réseau pharmaceutique

**Article 188 :** La distribution au détail des produits pharmaceutiques est assurée, exclusivement, par des unités de distribution spécialisées réparties à travers le territoire national, dans le cadre de la carte sanitaire.

Dans tous les cas, toute unité de distribution au détail des produits pharmaceutiques, est placée sous la responsabilité d'un pharmacien.

Toutefois, les unités chargées, exclusivement de la distribution au détail des produits pharmaceutiques à usage vétérinaire, sont placées sous la responsabilité d'un vétérinaire.

En outre, pour les pharmacies privées, le pharmacien doit être unique propriétaire et unique gestionnaire du fond de commerce de la pharmacie dont il a la responsabilité.

**Article 189 :** Les pharmacies sont tenues d'assurer certaines analyses biologiques.

Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

#### Chapitre VI

##### Substances vénéneuses et stupéfiants

**Article 190 :** La production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition, l'emploi de substances ou plantes vénéneuses stupéfiantes, ainsi que la culture desdites plantes, sont fixés par voie réglementaire.

**Article 191 :** La préparation, l'utilisation de radio éléments artificiels, sous quelque forme que ce soit ne peuvent être effectuées que par l'organisme ou les personnes physiques ou morales spécialement autorisées à cette effet.

**Article 192 :** Il est interdit à tout importateur producteur ou fabricant d'essence pouvant servir la fabrication des boissons alcooliques, de procéder à la vente ou à l'offre, à titre gratuit, desdits produits à toute personne autre que les fabricants de boissons ayant qualité d'entrepositaire vis à vis de l'administration des contributions indirectes, les pharmaciens, parfumeurs et les organismes exportateurs directs.

La vente de ces produits en nature, sur le marché intérieur, est interdite à toutes ces catégories à l'exception des pharmaciens qui ne peuvent le délivrer que sur ordonnances médicales et doivent inscrire les prescriptions qui les concernent sur leur registre de prescriptions.

**Article 193 :** Il sera établi, par voie réglementaire une liste exhaustive de tout produit ou article qui pour des raisons de santé publique, devra être soumis à homologation du ministre chargé de la santé.

#### Chapitre VII

##### Information médicale

**Article 194 :** L'information des personnes de santé sur les produits pharmaceutiques ainsi que sur tous produits, objets, appareils et méthodes concernant la santé, incombe au ministre chargé de santé.

Toutefois, cette information se fera conjointement avec le ministre chargé de l'agriculture pour tout ce qui a trait à la santé animale.

Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

#### TITRE VI

### LES PERSONNELS DE SANTE

#### Chapitre I

##### Règles générales applicables aux professions de santé

#### Section 1

##### Tâches et activités des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes

**Article 195 :** Les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes sont tenus :

de veiller à la protection de la santé de la population par la fourniture de soins médicaux appropriés ;

de participer à l'éducation sanitaire ;

d'assurer la formation, le perfectionnement, le recyclage des personnels de santé, et de participer à la recherche scientifique, conformément à la réglementation en vigueur.

#### Section 2

##### Tâches et activités des auxiliaires médicaux

**Article 196 :** Les auxiliaires médicaux sont chargés, selon leur spécialité et sous la responsabilité d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un chirurgien-dentiste :

de veiller au respect des traitements et soins médicaux prescrits ;

de contrôler l'état et l'hygiène corporelle des malades de façon permanente ;

de participer aux activités de prévention et d'éducation sanitaire de la population ;

de contribuer à la formation, au perfectionnement et au recyclage des personnels de santé ;

de participer à la recherche scientifique dans des structures spécialisées à effet, conformément à la réglementation en vigueur.

#### Chapitre II

##### Conditions et régimes d'exercice des professions de santé

##### Conditions relatives aux médecins, aux pharmaciens et aux chirurgiens-dentistes

**Article 197 :** L'exercice de la profession de médecin, de pharmacien et de chirurgien-dentiste, est subordonnée à une autorisation du ministre chargé de la santé, sous les conditions ci-après.

être titulaire, suivant le cas, de l'un des diplômes algériens de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien, ou d'un titre étranger reconnu équivalent ;

ne pas être atteint d'une infirmité ou d'un état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession ;

ne pas avoir été l'objet d'une peine infamante ;

être de nationalité algérienne. il peut être dérogé à cette condition sur la base des conventions et accords passés par l'Algérie et par décision du ministre chargé de la santé

**Article 198 :** Nul ne peut exercer en qualité de médecin spécialiste, de chirurgien-dentiste spécialiste ou de pharmacien spécialiste, s'il ne justifie, en plus des conditions requises à l'article 197 ci-dessus, d'un diplôme de spécialité médicale ou d'un titre étranger reconnu équivalent.

**Article 199 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste et le pharmacien autorisé à exercer, prononce un serment devant ses pairs, suivant des modalités fixées par voie réglementaire.

**Article 200 :** Durant la période du stage interne des études de graduation, les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire et en pharmacie sont autorisés à exercer, respectivement, la médecine, la chirurgie dentaire et la pharmacie dans les établissements sanitaires publics, sous la responsabilité des praticiens, chef de structures.

#### Section 2

##### Les régimes d'exercice

**Article 201 :** Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens, généralistes ou spécialistes, exercent leur profession sous l'un des régimes suivants ;

en qualité de fonctionnaire à temps plein

à titre privé, sous réserve des dispositions de la loi n°84-10 du 11 février 1984 relative au service civil.

**Article 202 :** Les conditions d'installation pour l'exercice de la profession, à titre privé, doivent viser, en particulier, à réaliser une couverture sanitaire nationale équilibrée, et ce, dans le cadre de la carte sanitaire.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.



### Section 3

#### Les règles d'exercice applicables à l'ensemble des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens.

**Article 203 :** Les médecins et les chirurgiens-dentistes sont tenus d'appliquer les schémas thérapeutiques et les techniques de diagnostic arrêtés pour certaines affections entrant dans le cadre des programmes de santé.

**Article 204 :** Le médecin et le chirurgien-dentiste sont libres, chacun dans son domaine d'activité, de prescrire les médicaments inscrits dans le cadre de la nomenclature nationale, sous réserve des dispositions de l'article 203 ci-dessus.

**Article 205 :** Il est interdit à tout médecin, chirurgien-dentiste et pharmaciens, dont le droit d'exercer sa profession a été suspendu, de donner des consultations, de rédiger des ordonnances, de préparer des médicaments, d'appliquer un traitement ou d'administrer une quelconque méthode de traitement relevant de la médecine ou de la pharmacie, en qualité de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien, sauf dans le cas où il est indispensable de donner des soins urgents de premiers secours.

**Article 206 :** Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens sont tenus d'observer le secret professionnel, sauf si les dispositions légales les en délient expressément.

**Article 207 :** Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens sont tenus d'exercer leur profession sous leur identité légale.

### Section 4

#### L'exercice, à titre privé, des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens

**Article 208 :** Les activités de santé exercées à titre privé sont assurées dans des cabinets dentaires, des officines pharmaceutiques des cabinets de consultations et de soins de laboratoires d'analyses médicales, d'optique médicales et de lunetterie de prothèse médicale.

La nature et importance des équipements nécessaires aux activités de santé exercées à titre privé et définies à l'alinéa ci-dessus, sont fixées par voie réglementaire.

**Article 209 :** Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens sont tenus d'assurer le service de garde, selon des modalités fixées par le ministre chargé de santé, sous peine de sanctions administratives.

**Article 210 :** Sous réserve des dispositions de l'article 206 ci-dessus, les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens sont tenus de déférer aux ordres de réquisition de l'autorité publique.

**Article 211 :** Les tarifs des actes accomplis par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens, sont fixés par voie réglementaire.

Le non respect de tarification entraîne des sanctions conformément aux dispositions légales et réglementaires.

**Article 212 :** Il est interdit à quiconque, n'exerçant pas légalement la profession, de recevoir tout ou partie d'honoraire ou de bénéfices provenant de l'activité professionnelle, à titre privé, d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'un pharmacien.

**Article 213 :** Dans les limites de leur qualification, les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes sont tenus d'établir un fichier de leurs malades, de conserver les archives et de fournir les certificats, attestations et renseignements épidémiologiques prescrits par les lois et règlements.

### Section 5

#### L'exercice illégal des professions médicales

**Article 214 :** Sous réserve des dispositions de l'article 196 de la présente loi, exerce illégalement la médecine, la chirurgie dentaire ou la pharmacie ;

- Toute personne qui exerce une activité de médecin, de chirurgien dentiste ou de pharmacien ne remplissant pas les conditions fixées à l'article 197 de la présente loi ou pendant la durée d'une interdiction d'exercer ;

- Toute personne qui prend part habituellement, moyennant rétribution ou non, même en présence d'un médecin, de chirurgien-dentiste, à l'établissement d'un diagnostic, au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales ou dentaires, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, sans remplir les conditions fixées aux articles 197 et 198 de la présente loi ;

- Toute personne qui exerce dans une structure sanitaire publique ou privée, sans avoir été autorisée par décision du ministre chargé de la santé.

- Quiconque, quoique muni du diplôme requis, prête son concours aux personnes visées aux alinéas 1 et 2 ci-dessus et s'en fait le complice.

### Section 6

#### Les locaux à usage de la médecine, de la chirurgie dentaire et de la pharmacie

**Article 215 :** Les locaux à usage de la médecine, de la chirurgie dentaire et de la pharmacie doivent obéir aux normes de prescription de construction, d'hygiène et de sécurité et d'équipement fixées par voie réglementaire.

**Article 216 :** Tout changement dans la destination des locaux à usage médicale, dentaire ou pharmaceutique est soumis à l'autorisation écrite préalable du ministre chargé de la santé.

L'Etat exerce le droit de préemption en cas de transaction.

#### Section 7 Conditions relatives à la profession d'auxiliaire médical

**Article 217 :** L'exercice en qualité d'auxiliaire médicale est subordonné à une autorisation du ministre chargé de la santé, dans les conditions ci-après ;

- Avoir reçu une formation conforme aux programmes arrêtés par voie réglementaire et avoir obtenu le diplôme sanctionnant cette formation ou posséder un titre reconnu équivalent ;

- ne pas être atteint d'une infirmité ou d'une affection pathologique incompatible avec l'exercice de la profession.

- ne pas avoir été l'objet d'une peine infamante ;

- être de nationalité algérienne.

**Article 218 :** L'exercice à titre privé en qualité d'auxiliaire médicale est subordonné à une autorisation du ministre chargé de la santé, pour les personnes remplissant les conditions visées à l'article 217 ci-dessus et qui auront satisfait à la durée du service civil.

**Article 219 :** Exerce illégalement la profession d'auxiliaire médical, quiconque ne remplit pas les conditions prévues à l'article 217 de la présente loi.

**Article 220 :** Les dispositions des articles 214 et 215 ci-dessus ne s'appliquent pas, durant la dernière année de formation ;

- aux étudiants en sciences médicales, en chirurgie dentaire et en pharmacie ;

- aux élèves des établissements de formation ainsi qu'aux auxiliaires médicaux qui agissent sous le contrôle d'un médecin, d'un

chirurgien-dentiste ou d'un pharmacien.

**Article 221 :** Les auxiliaires médicaux exercent leurs activités sous leur identité légale et leur appellation et selon leur qualification, dans les limites de leurs attributions.

**Article 222 :** Les auxiliaires médicaux sont tenus ;

- d'agir dans les limites strictes déterminées en fonction de leur qualification ;

- de limiter leur intervention à la prescription ou l'indication reçue du médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'un pharmacien.

- de faire appel immédiatement à l'intervention d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'un pharmacien, lorsque, pendant l'exercice de leur activité se produisent ou risquent de se produire des complications dont le traitement n'entre pas dans le cadre des compétences qui leur sont assignées.

**Article 223 :** Les tarifs des actes accomplis par les auxiliaires médicaux sont fixés par voie réglementaire.

**Article 224 :** Dans les limites de leurs qualifications, les auxiliaires médicaux sont tenus d'établir un fichier des malades, de fournir les renseignements et documents statistiques sanitaires en rapport avec leur activité.

**Article 225 :** Il est interdit aux auxiliaires médicaux :  
de modifier les prescriptions qu'ils ont la charge d'exécuter,  
d'annoncer ou d'appliquer des procédés techniques autres que ceux qui sont enseignés dans les programmes nationaux de formation.

**Article 226 :** Les auxiliaires médicaux sont tenus au respect du secret professionnel, sauf si des dispositions légales les en délient expressément.

**Article 227 :** Obligation est faite aux auxiliaires médicaux de se perfectionner et de participer aux cours et stages de recyclage qu'organise le ministre chargé de la santé, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

#### TITRE VII

##### Financement de la santé

**Article 228 :** Le financement des services publics de santé est assuré par l'Etat.

Les services publics de santé sont également financés par les organismes de sécurité sociale, suivant des critères et des proportions fixés par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 229 :** Les entreprises et administrations concourent au financement de la santé, dans le cadre des actions programmées conformément à la législation et à la réglementation relative aux œuvres sociales.

**Article 230 :** Les collectivités locales participent au financement des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 231 :** Les bénéficiaires de soins peuvent être appelés à contribuer au financement des dépenses de santé, dans le respect des dispositions de l'article 22 de la présente loi.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 232 :** La participation des organismes de sécurité sociale au financement de réalisations à caractère sanitaire s'insère dans le plan national de développement de la santé, et est soumise aux procédures en vigueur en matière d'investissements planifiés.

Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

**Article 233 :** Les entreprises, les organismes publics et les collectivités locales peuvent être appelés, également, à concourir au financement de réalisations à caractère sanitaire, selon les procédures en vigueur en matière d'investissements planifiés.

#### TITRE VIII

##### DISPOSITIONS PENALES

##### Chapitre I

##### Dispositions pénales relatives aux personnels de santé

**Article 234 :** L'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie dentaire, de la pharmacie, des professions d'auxiliaire médical, tel que défini aux articles 214 et 219 de la présente loi est puni des peines prévues à l'article 243 du code pénal.

**Article 235 :** L'inobservation de l'obligation du secret professionnel prévue aux articles 206 et 226 de la présente loi expose son ou ses auteurs aux sanctions prévues à l'article 301 du code pénal.

**Article 236 :** Le refus de déférer aux réquisitions de l'autorité publique établies et notifiées dans les formes réglementaires, telles que prévues à l'article 210 de la présente loi, est puni conformément aux dispositions de l'article 422 ter du code pénal.

**Article 237 :** Les infractions aux dispositions des articles 207 et 221 de la présente loi sont punies des peines prévues aux articles 243 et 247 du code pénal.

**Article 238 :** Sous peine des dispositions de l'article 226 du code pénal, il est interdit à tout médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et auxiliaire médical, dans l'exercice de ses fonctions, de certifier faussement et sciemment pour favoriser ou nuire délibérément à une personne physique ou morale.

**Article 239 :** Toute négligence et toute faute professionnelle commise par le médecin, le chirurgien dentiste, le pharmacien et l'auxiliaire médical dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions, et qui affecte l'intégrité physique ou la santé cause une incapacité permanente, met en danger la vie ou provoque le décès d'une personne, est poursuivie conformément aux dispositions des articles 288 et 289 du code pénal.

**Article 240 :** Sans préjudice des sanctions administratives est punie d'une amende de 1.000 à 3.000 DA toute infraction aux dispositions des articles 211 et 223 de la présente loi.

En cas de récidive, la sanction est portée au double.

##### Chapitre II

##### Dispositions pénales relatives aux produits pharmaceutiques

**Article 241 :** Sont punis d'un emprisonnement de 2 mois à 2 ans et d'une amende de 2.000 à 10.000 DA, ou de l'une de ces deux peines, ceux qui ont contrevenu aux dispositions de l'article 190 de la présente loi en ce qui concerne les substances vénéneuses non stupéfiantes.

**Article 242 :** Sont punis d'un emprisonnement de deux (2) à dix (10) ans et d'une amende de 5.000 à 10.000 DA, ou de l'une de deux peines, ceux qui ont contrevenu aux dispositions des règlements prévus à l'article 190 de la présente loi, en ce qui concerne les substances vénéneuses classées comme stupéfiants.

**Article 243 :** Sont punis d'une réclusion de dix (10) à vingt (20) ans et d'une amende de 5.000 à 10.000DA ceux qui ont illicitement fabriqué, préparé, transformé, importé, passé en transit, exporté ou mis des stupéfiants dans le commerce sous quelque forme que ce soit .

La tentative d'une de ces infractions réprimées par l'alinéa précédent est punie comme le délit consommé.

Il en est de même de l'association ou de l'entente en vue de commettre ces infractions.

Les peines prévues aux alinéas précédents peuvent être prononcées, alors même que les divers actes qui constituent les éléments de l'infraction ont été accomplis dans des pays différents.

**Article 244 :** Sont punis d'un emprisonnement de deux (2) à dix (10) ans et d'une amende de 5.000 à 50.000 DA, ou de l'une de ces deux peines :

ceux qui ont facilité à autrui l'usage des dites substances ou plantes mentionnées à l'article 243 ci-dessus, à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen ;

ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives ou d'ordonnances de complaisance, se sont fait délivrer ou ont tenté de se faire délivrer lesdites substances ou plantes ;

ceux qui, connaissent le caractère fictif ou de complaisance de ces ordonnances ont, sur la présentation qui leur en aura été faite, délivré lesdites substances ou plantes.

Lorsque l'usage desdites substances ou plantes a été facilité à un mineur, ou lorsque ces substances ou plantes ont été délivrées dans les conditions prévues au 3eme alinéa ci-dessus, la peine d'emprisonnement sera de cinq (5) à dix (10) ans.

**Article 245 :** Sont punis d'un emprisonnement de deux (2) mois à un (1) an et d'une amende de 500 à 5.000 DA, ou de l'une de ces deux peines, ceux qui ont, de manière illicite, fait l'usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants.

**Article 246 :** En cas de condamnation pour infraction prévues aux articles 242, 243, 244 et 245 de la présente loi, les tribunaux : peuvent prononcer l'interdiction des droits civiques pendant une durée de cinq (5) à dix (10) ans ; peuvent prononcer l'interdiction, pendant une durée de cinq (5) ans au plus, d'exercer la profession sous couvert de laquelle le délai a été perpétré ;

doivent se prononcer sur l'interdiction de séjour dans les conditions prévues à l'article 12 du code pénal ; doivent prononcer le retrait de passeport ainsi que, pour une durée de trois (3) ans au plus, la suspension du permis de conduire ; doivent ordonner la confiscation des meubles, installations, ustensiles et tout autre moyen ayant servi à la fabrication et au transport des substances ou plantes, sous réserve des droits des tiers.

**Article 247 :** Les peines prévues aux articles 241 à 245 de la présente loi sont portées au double en cas de récidive.

**Article 248 :** Lorsque le caractère de l'une des infractions prévues aux articles 243 et 244 de la présente loi est de nature à porter atteinte à la santé morale du peuple algérien, la peine capitale peut être prononcée.

**Article 249 :** L'action publique n'est pas exercée à l'égard des personnes qui se sont conformées au traitement médical qui leur a été prescrit et l'ont suivi jusqu'à son terme.

De même, l'action publique n'est pas exercée à l'égard des personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants, lorsqu'il est établi qu'elles se sont soumises, depuis les faits qui leur sont reprochés, à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale.

Dans tous les cas prévus au présent article, la confiscation des substances et des plantes saisies est prononcée, s'il y a lieu, par ordonnance du président du tribunal, sur la réquisition du procureur de la république.

**Article 250 :** Les personnes inculpées du délit prévu à l'article 245 ci-dessus, lorsqu'il a été établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, peuvent être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction ou du juge des enfants, à subir une cure de désintoxication accompagnée de toute mesure de surveillance médicale et de réadaptation appropriée à leur état.

L'exécution de l'ordonnance prescrivant cette cure se fournit après la clôture de l'information et, en tout état de cause, jusqu'à ce que les juridictions de jugement en aient décidé autrement.

**Article 251 :** La juridiction de jugement peut astreindre les personnes, désignées à l'article précédent, à subir une cure de désintoxication, notamment en confirmant l'ordonnance visée à l'article précédent ou en prolongeant ses effets. Les décisions de la juridiction de jugement sont exécutoires par provision.

Lorsqu'il a été fait application des dispositions prévues à l'article 250 ci-dessus et au premier alinéa du présent article, la juridiction saisie pourra ne pas prononcer les peines prévues par l'article 245 de la présente loi.

**Article 252 :** Ceux qui se soustraient à l'exécution d'une décision ayant ordonnée la cure de désintoxication, seront punis des peines prévues à l'article 245 sans préjudice, le cas échéant, d'une nouvelle application des articles 250 et 251 ci-dessus.

**Article 253 :** La cure de désintoxication prévue par les articles précédents est suivie soit dans un établissement spécialisé, soit à titre externe sous surveillance médicale.

L'autorité judiciaire sera informée, par le médecin traitant, du déroulement et du résultat de la cure.

Un arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre de la justice et du ministre chargé de la santé fixe les conditions de déroulement de la cure.

**Article 254 :** En cas de poursuites exercées pour l'un des délits prévues aux articles 242 à 244 ci-dessus, le juge d'instruction ou la juridiction de jugement peut ordonner, à titre provisoire, pour une durée de six (6) mois au plus, la fermeture de tout hôtel, maison meublée, pension, débit de boissons, restaurant, club, cercle, lieu de spectacle, de leurs annexes ou tout lieu quelconque ouvert au public ou utilisé par le public, où ont été commis ces délits par l'exploitant ou avec sa complicité.

Cette fermeture peut faire l'objet de renouvellement dans les mêmes formes et durée que celle prévues à l'alinéa précédent.

**Article 255 :** Les décisions de fermeture, de renouvellement et de main-levée de fermeture prononcées, par le juge d'instruction, peuvent faire l'objet d'un recours devant la chambre d'accusation dans un délai de 24 heures, après leur exécution ou leur notification aux parties intéressées.

Les décisions de fermeture, de renouvellement ou de main-levée de fermeture, rendues par la juridiction de jugement saisie, peuvent faire l'objet de recours, conformément aux dispositions du code de procédure pénale.

**Article 256 :** En cas de condamnation de l'exploitant d'un des locaux visés à l'article 254 ci-dessus, le tribunal peut ordonner la fermeture pour une durée de six (6) mois à deux (2) ans et, le cas échéant, prononcer le retrait de la licence d'exploitation.

**Article 257 :** Quiconque contrevient à l'interdiction d'exercer sa profession, prononcée en vertu de l'alinéa 2 de l'article 246 ci-dessus, est puni d'un emprisonnement de trois (3) mois à deux (2) ans et d'une amende de 5.000 à 2.000 DA, ou de l'une de ces deux peines.

**Article 258 :** Sans préjudice des dispositions prévues par le code pénal, sont punis d'un emprisonnement d'un (1) an à trois (3) ans et d'une amende de 5.000 à 10.000 DA, ou de l'une de ces deux peines, ceux qui, par un moyen quelconque, ont provoqué l'un des délits prévus et réprimés par les articles 242, 243, 244 et 245 de la présente loi, alors même que cette provocation n'a pas été suivie d'effet.

En cas d'incitation au moyen d'écrit, de son ou d'images introduits ou diffusés de l'étranger et reçus en Algérie, les poursuites énoncées à l'alinéa précédent s'appliquent, conformément aux dispositions énoncées dans le code pénal.

**Article 259 :** Les tribunaux peuvent prononcer l'interdiction du territoire algérien, pour une durée d'un (1) an à dix (10) ans, contre tout étranger condamné pour les délits prévus par les articles 242, 243, 244, et 245 de la présente loi.

Cette interdiction peut être définitive pour les délits prévus à l'article 243 ci-dessus.

**Article 260 :** Toute infraction aux dispositions législatives ou réglementaires relatives aux essences pouvant servir à la fabrication de boissons alcoolisées, sera punie d'une amende de 500 à 10.000 DA d'un emprisonnement de deux mois à un an, ou de l'une de ces deux peines.

En cas de récidive, le minimum des peines prévues par le présent article sont portées au double.

En outre, le tribunal peut prononcer la fermeture définitive de l'établissement et la confiscation des marchandises et matériel.

Dans tous les cas, les délinquants peuvent faire l'objet de privation de droits civiques pendant un an au moins et cinq (5) ans au plus.

**Article 262 :** Toute infraction aux dispositions relatives aux abortifs est punie d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans et d'une amende de 1.000 à 3.000 DA, ou de l'une de ces deux peines.

Les tribunaux ordonnent, dans tous les cas, la confiscation des remèdes, substances, instruments et objets saisis.

Ils peuvent, en outre, prononcer à l'égard du condamné, la suspension temporaire ou l'incapacité d'exercer la profession à l'occasion de laquelle le délit a été commis.

**Article 263 :** Est puni d'une amende de 500 à 1.000 DA et, en cas de récidive, d'une amende de 1.000 à 5.000 DA et d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans, quiconque se livre, dans un but lucratif, au commerce du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés.

**Article 264 :** Toute infraction à la réglementation de la publicité sur des produits et établissements pharmaceutiques, est punie d'une amende de 500 à 1.000 DA et, en cas de récidive, d'une amende de 1.000 à 2.000 DA.

Sont passibles des mêmes peines, quel que soit le mode de publicité utilisé, ceux qui tirent profit d'une publicité irrégulière et les agents de diffusion de cette publicité.

**Article 265 :** Quiconque contrevient aux dispositions relatives à la publicité sur les radio-éléments artificiels, est puni d'une amende de 1.000 DA et, en cas de récidive, d'une amende de 5.000 DA.

Dans ce dernier cas, le tribunal peut interdire la vente du produit dont la publicité a été faite en violation dudit article.

### Chapitre III

#### Dispositions pénales relatives a la santé publique et à l'épidémiologie

**Article 266 :** Les infractions aux règles et aux normes de salubrité, d'hygiène et de prévention générale entraînent, sous réserve des sanctions disciplinaires et administratives, des sanctions pénales, conformément à la législation en vigueur et, notamment, aux articles 444 bis, 442 bis et 443 bis du code pénal.

#### TITRE IX

#### DISPOSITIONS FINALES

**Article 267 :** Les dispositions relatives à la déontologie seront fixées ultérieurement.

**Article 268 :** Sont abrogées ;

-l'ordonnance n° 76-79 du 23 octobre 1976 portant code de la santé publique ;

-l'ordonnance n° 73-56 du 28 décembre 1973 portant médecine gratuite dans les secteurs sanitaires.

-l'ordonnance n° 75-9 du 17 février 1975 relative à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses et stupéfiants.

**Article 269 :** La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 16 février 1985.

**Chadli BENDJEDID**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment des articles 151-20° et 154 ;  
Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée, relative au service civil ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Après adoption par l'assemblée populaire nationale,  
Promulgue la loi dont la teneur suit :

**Article 1<sup>er</sup>** : L'article 208 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée est modifié et complété comme suit :

**Art 208** – Les activités de la santé exercées à titre privé sont assurées dans les cliniques, les cabinets de consultation et de soins, des cabinets dentaires, des officines pharmaceutiques des laboratoires d'analyses médicales, d'optique médicale et de lunetterie, de prothèse médicale.

La nature et l'importance des équipements nécessaires aux activités de santé exercées à titre privé et définies à l'alinéa ci-dessous sont fixées par voie réglementaire.

**Art 208. Bis** – Les cliniques privées sont des établissements de soins et d'hospitalisation ou s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et d'exploration.

Elles ne peuvent être exploitées que par :

A- des mutuelles et autres associations à but non lucratif,

B- un médecin ou des groupements de médecins

**Art 208. Ter.** – Les médecins visés à l'article 208 bis ci-dessus ne peuvent exercer leur activité médicale que dans leur clinique >>.

**Article 2** : L'article 211 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée est modifié comme suit :

**Art. 211** – Les tarifs des actes accomplis par les médecins, les chirurgiens dentistes et les pharmaciens sont fixés par voie réglementaire.

Les tarifs de prestations dans les cliniques ainsi que les prix de journées d'hospitalisation sont fixés par voie réglementaire.

Le règlement détermine les tarifs de références servant de base au remboursement par les organismes de sécurité sociale ;

Le non-respect de la tarification entraîne des sanctions conformément aux dispositions légales et réglementaires.

**Article 3** : La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 03 mai 1988.

**Chadli BENDJEDID**



Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 51, 113, 115-18 et 117 ;  
Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents de travail et maladies professionnelles ;  
Vu la loi n° 83-15 du 2 juillet 1983, relative au contentieux en matière de sécurité sociale ;  
Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée, relative au service civil ;  
Vu la loi 84-11 du 9 Juin 1984 portant code de la famille ;  
Vu la loi 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée par la loi n° 88-15 du 3 Mai 1988, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Après adoption par l'assemblée populaire nationale ;  
Promulgue la loi dont la teneur suit :

**Article 1<sup>er</sup>** : Les articles 164 et 165 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisé sont modifiés comme suit :

<< Art. 164 – Le prélèvement de tissus et d'organes sur les personnes décédées aux fins de transplantation, ne peut se faire qu'après constatations médicales et légales du décès par la commission médicale visée à l'article 167 de la présente loi et selon des critères scientifiques définis par le ministre chargé de la santé publique »

Dans ce cas, le prélèvement peut être effectué si, de son vivant, le défunt a exprimé son consentement

Si de son vivant, le défunt n'a pas exprimé sa volonté, le prélèvement ne peut être effectué qu'après accord de l'un des membres de sa famille, dans l'ordre de priorité suivant : père, mère, conjoint, enfant, frère ou sœur, ou le tuteur légal, si le défunt est sans famille.

Toutefois, le prélèvement de cornées, de reins peut être effectué sans l'accord visé à l'alinéa précédent,

s'il n'est pas possible de prendre contact, à temps, avec la famille ou le représentant légal du défunt et que tout délai entraînerait la détérioration de l'organe à prélever, ou si l'urgence de l'état de santé du receveur de l'organe l'exige; cette urgence étant constatée par la commission prévue l'article 167 de la présente loi. >>

<< Art. 165. – Il est interdit de procéder au prélèvement de tissus ou d'organes en vue d'une transplantation, si la personne de son vivant a exprimé par écrit une volonté contraire, ou si le prélèvement entrave l'autopsie médico-légale Il est interdit de révéler l'identité du donneur et celle du receveur à la famille du donneur.

Le médecin ayant constaté et certifié la mort du donneur ne doit pas faire partie de l'équipe qui effectue la transplantation. >>

**Article 2 :** Le chapitre III du titre IV de la dite loi est, désormais, intitulé : <<Éthique médicale.>> Il est ajouté à la fin de ce chapitre les articles suivants :

<< Art. 168/1. – Il est créé un conseil national de l'éthique des sciences de la santé, chargé d'orienter et d'émettre des avis et des recommandations sur le prélèvement de tissus ou d'organes et leur transplantation, l'expérimentation, ainsi que sur toutes les méthodes thérapeutiques requises par le développement technique médical et recherche scientifique, tout en veillant au respect de la vie de la personne humaine et à la protection de son intégrité corporelle et de sa dignité, et en tenant compte de l'opportunité de l'acte médical à pratiquer ou de la valeur scientifique du projet d'essai ou d'expérimentation.

La composition, l'organisation et le fonctionnement de ce conseil sont fixés par décret. >>

<< Art. 168/2. L'expérimentation sur l'être humain, dans le cadre de la recherche scientifique, doit impérativement respecter les principes moraux et scientifiques qui régissent l'exercice médical. Elle est subordonnée au consentement libre éclairé du sujet ou, à défaut, de son représentant légal.

Ce consentement est nécessaire à tout moment>>.

<< Art. 168/3. – Les essais sans finalité thérapeutiques sont soumis à l'avis préalable du conseil national de l'éthique des sciences de la santé, défini à l'article 168/1 ci-dessus>>.

<< Art. 168/4. – Le consentement du sujet et l'avis du conseil national de l'éthique des sciences de la santé ne dégagent pas le promoteur de l'essai de sa responsabilité civile>>.

**Article 3 :** L'article 199 de la dite loi est modifié comme suit :

<< art. 199. – Pour être autorisé à exercer, tout médecin, chirurgien dentiste ou pharmacien remplissant les conditions prévues aux articles 197 et 198 ci-dessus, doit s'inscrire auprès du conseil régional de l'ordre territorialement compétent, prévu par la présente loi et prononcer, devant ses pairs, membres de ce conseil, un serment fixé par voie réglementaire >>.

**Article 4 :** L'article 206 de la présente loi est remplacé par les articles suivants :

<< Art. 206/1. Le respect de la dignité du malade et la protection de sa personnalité sont garantis par le secret professionnel auquel est tenu l'ensemble des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens>>.

<< Art. 206/2. – Sauf dérogation légale, l'obligation du secret professionnel est générale et absolue en l'absence d'autorisation du malade qui est libre, à son tour, de révéler tout ce qui concerne sa santé.

Le secret couvre également la protection des dossiers médicaux, sauf en cas de mandat judiciaire de perquisition>>.

<< Art. 206/3. – Les praticiens doivent dénoncer les sévices sur enfants mineurs et personnes privées de liberté dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession>>.

<< Art. 206/4. – Le médecin, le chirurgien-dentiste ou le pharmacien, requis ou expert auprès de la justice, n'est pas lié par le secret professionnel à l'égard du juge pour ce qui concerne l'objet précis de sa mission.

Dans son rapport, ou lors de sa déposition à l'audience, il ne peut révéler que les constatations strictement relatives aux questions posées et doit taire tout ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission, sous peine de se rendre coupable de violation du secret professionnel>>.

<< Art. 206/5. – Le médecin, le chirurgien-dentiste ou le pharmacien requis pour témoigner devant la justice, ne doit pas révéler les faits concernés par le secret professionnel, sauf si le malade l'y autorise>>.

**Article 5 :** Il est ajouté à la suite de l'article 207 de la dite loi, les articles suivants :

<< Art. 207/1. – L'autorité judiciaire doit requérir les médecins, chirurgiens-dentistes ou pharmaciens légistes à l'effet d'accomplir des actes médico-légaux.

Toutefois, et à titre exceptionnel, en l'absence de légiste, tout médecin, chirurgien-dentiste ou pharmacien peut être requis, dans les limites de sa compétence.

La mission d'ordre médico-légal est formulée par écrit.

Les experts sont désignés parmi ceux figurant sur un tableau dressé annuellement par le conseil national de déontologie médicale prévu par la présente loi>>.

<< Art. 207/2. – Le médecin, le chirurgien-dentiste ou le pharmacien investi d'une mission d'expertise ou de contrôle est tenu d'informer de sa qualité, les personnes qu'il se propose d'examiner.

Il doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées dépassent ses compétences ou sont étrangères à la technique médicale, ou s'il est médecin traitant ou proche du patient concerné.

Dans ce cas, il rédige un procès-verbal de carence>>.



**Article 6 :** Il est ajouté à la suite de l'article 13 de la présente loi, l'article 213 bis suivant :

<< Art. 213 bis. – les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, exerçant à titre privé, doivent pratiquer leur profession dans les conditions leur permettant l'usage régulier d'une installation et des moyens techniques nécessaires à leur art, ne pouvant en aucun cas compromettre la santé du malade ou la dignité de la profession >>.

**Article 7 :** L'article 214 de la dite loi est modifié comme suit :

<< Art. 214. Exerce illégalement le médecine, la chirurgie dentaire ou la pharmacie :

- toute personne qui exerce une activité de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien ne remplissant pas les conditions fixées à l'article 197 de la présente loi ou pendant la durée d'une interdiction d'exercer .

- toute personne qui prend part habituellement moyennant rétribution ou non, même en présence d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste, à l'établissement

- d'un diagnostic, au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales ou dentaires, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, sans remplir les conditions fixées aux articles 197 et 198 de la présente loi.

Quiconque, quoique muni du diplôme requis, prête son concours aux personnes visées aux alinéas ci-dessus et s'en fait le complice.>>

**Article 8 :** Il est ajouté à la fin des articles 222 et 239, les paragraphes suivants :

<< Art. 222. - .....

Sans préjudice des dispositions prévues aux alinéas ci-dessus, les auxiliaires médicales sages-femmes sont autorisés à prescrire des produits, procédés et méthodes de protection maternelle.

La liste des produits, procédés et méthodes susceptibles d'être prescrites par les sages-femmes est fixée par le ministre chargé de la santé publique>>.

<< Art. 239. – Quand la faute professionnelle n'a pas causé de dommages, seules des sanctions disciplinaires peuvent être appliquées>>.

**Article 9 :** Le titre IX de la dite loi est désormais intitulé <<déontologie médicale >>.

L'article 267 de la dite loi est remplacé par les articles suivants :

<< Art. 267/1. – Sans préjudice des poursuites civiles et pénales, le manquement aux obligations fixées par la présente loi, ainsi qu'aux règles de déontologie, expose leur auteur à des sanctions disciplinaires >>.

<< Art. 267/2. – Il est créé un conseil national de déontologie médicale constitué des trois sections suivantes :

section ordinale des médecins

section ordinale des chirurgiens-dentistes

section ordinale des pharmaciens

Il est créé des conseils régionaux de déontologie médicale composés des mêmes sections que précédemment, sous réserves de la représentation de chaque wilaya, selon les conditions fixées par décret.

Le conseil national et les conseils régionaux de déontologie médicale sont composés exclusivement de médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, élus par leurs pairs.

Le conseil national et les conseils régionaux de déontologie médicale sont investis du pouvoir disciplinaire et se prononcent sur les manquements aux règles de déontologie et sur les violations des dispositions de la présente loi.

Ils peuvent être saisis par le ministre chargé de la santé publique, les associations de médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens légalement constituées, tout membre du corps médical autorisé à exercer et patient, tuteur et ayants droit du patient>>.

<< Art. 267/3. – Le conseil national et les conseils régionaux de déontologie médicale peuvent être saisis par l'autorité judiciaire à chaque fois qu'une action en responsabilité d'un membre du corps médical est engagée, dans le but d'étayer les difficultés spécifiques à l'appréciation de la faute médicale.

Le conseil national et les conseils régionaux de déontologie médicale peuvent se constituer partie civile>>.

<< Art. 267/4. – Les décisions des conseils régionaux sont susceptibles, dans les six mois de leur prononcé, de recours par les parties visées à l'article 267/2, devant le conseil national de déontologie médicale.

Les décisions du conseil national de déontologie médicale sont susceptibles de recours devant la chambre compétente de la cour suprême, dans un délai d'une (1) année>>.

<< Art. 267/5. – Les conseils régionaux de déontologie médicale des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens perçoivent une cotisation annuelle de leurs membres dont le montant et les modalités d'utilisation sont fixés par le conseil national de déontologie médicale. L'administration veille à la disponibilité des moyens nécessaires à ces conseils pour l'accomplissement de leurs tâches>>.

<< Art. 267/6. – Un décret portant code de déontologie médicale fixera les modalités d'organisation et de fonctionnement du conseil national et des conseils régionaux, ainsi que les règles de déontologie et les sanctions disciplinaires relatives aux infractions en la matière>>.

**Article 10 :** Il est ajouté à la dite loi un titre X intitulé <<dispositions finales>> avec les articles suivants :

<< Art. 268. Sont également soumis aux obligations de la présente loi et aux règles de déontologie, les médecins, chirurgiens-dentistes et les pharmaciens étrangers exerçant sur le territoire national et les internes en sciences médicales autorisés à assurer des remplacements.

Toutefois, ne sont pas soumis à l'obligation d'inscription au tableau du conseil régional de déontologie médicale, les médecins, les pharmaciens, chirurgiens-dentistes et de nationalité étrangère exerçant au titre d'accords et de conventions de coopération.

Les statuts des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens militaires s'inspireront des dispositions de la présente loi>>.

<< Art. 268 bis. – les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens exerçant à la date de publication de la présente loi, sont tenus de s'inscrire auprès des conseils régionaux de déontologie médicale, des leur constitution>>.

<< Art. 269. – Sont abrogées toutes dispositions contraires à la présente loi>>.

**Article 11 :** La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 31 Juillet 1990.

**Chadli BENDJEDID**

Le président de la république ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 54 – 119, 120, 122/17 et 126 ;  
Vu l'ordonnance n°66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale ;  
Vu l'ordonnance n°66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;  
Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée relative au service civil ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Après adoption par le parlement,  
Promulgue la loi dont la teneur suit :

**Article 1<sup>er</sup>** : La présente loi a pour objet de modifier et de compléter les dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de santé.

**Article 2** : Les dispositions du titre V de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par un chapitre VIII nouveau intitulé "inspection de la pharmacie" comportant les articles suivants :

## CHAPITRE VIII INSPECTION DE LA PHARMACIE

"Art. 194-1 : L'inspection de la pharmacie est exercée, sous l'autorité du ministre chargé de la santé, par des pharmaciens inspecteurs".

"Art. 194-2 : Les pharmaciens inspecteurs exercent leurs missions à travers le territoire national. Ils sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues par la législation en vigueur.

Les inspecteurs prêtent, avant leur entrée en fonction, le serment suivant devant la juridiction compétente :

\*أقسم بالله العلي العظيم أن أؤدي عملي بكل أمانة و إخلاص و أن أراعي في كل الأحوال الواجبات التي يفرضها علي القنون و أحافظ على أسرار مهنتي \*

"Art. 194-3 : Outre les fonctionnaires et agents de police judiciaire prévus par la législation en vigueur, les pharmaciens inspecteurs sont habilités à rechercher et à contacter les infractions aux lois et règlements qui régissent l'exercice de la pharmacie, conformément aux dispositions de la présente loi et à la législation en vigueur".

"Art. 194-4 : Les pharmaciens inspecteurs doivent décliner leur fonction en présentant leur carte professionnelle à chaque contrôle ou inspection".

"Art. 194-5 : Les pharmaciens inspecteurs contrôlent en quelques mains qu'ils soient, même l'absence du ou des pharmaciens concernés, les officines, leurs annexes, les dépôts des produits pharmaceutiques, les établissements de production et/ou de commercialisation des produits pharmaceutiques, les lieux d'importation, d'expédition et de stockage ainsi que les laboratoires d'analyses médicales, l'application de toutes les prescriptions prévues par les lois et règlements qui se rapportent à l'exercice de la pharmacie.

Ils constituent, pour chaque établissement industriel ou commercial, un dossier d'inspection dont le contenu est fixé par voie réglementaire.

Les pharmaciens inspecteurs ont libre accès aux établissements et lieux prévus à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus, à l'exception des domiciles".

"Art. 194-6 : Les pharmaciens inspecteurs peuvent, dans l'exercice de leur fonction, opérer d'office des prélèvements d'échantillon et s'il y a lieu, prendre toute mesure conservatoire qu'ils jugent utile.

Les pharmaciens inspecteurs peuvent procéder à la saisie des documents de toute nature propre à faciliter l'accomplissement de leur mission.

Les documents saisis sont joints au procès-verbal. Ils peuvent être restitués à l'issue de l'enquête".

"Art. 194-7 : Les pharmaciens inspecteurs sont tenus de se faire suppléer par leurs collègues pour le contrôle des établissements tenus ou dirigés par des personnes dont ils seraient parents ou alliés au quatrième degré .

Il leur est interdit, dans un délai de cinq (5) ans, suivant la cessation de leur fonction, d'avoir des intérêts directs ou indirectes dans les établissements qui ont été soumis à leur contrôle".

"Art. 194-8 : Dans l'exercice de leur fonction, les pharmaciens inspecteurs peuvent demander l'assistance de la police judiciaire et, en cas de nécessité, faire appel au procureur de la république territorialement compétent".

"Art. 194-9 : Les infractions aux dispositions législatives et réglementaires régissant l'exercice de la pharmacie sont constatées au moyen de procès-verbaux établis par les pharmaciens inspecteurs".

Les procès-verbaux sont rédigés séance tenante et signés par le contrevenant ; copie lui est remise contre accusé de réception. Lorsque le procès-verbal a été rédigé en l'absence de l'intéressé ou que, présent, il refuse de signer, mention en est faite sur le procès-verbal et une copie lui est transmise avec accusé de réception".

"Art. 194-10 : Les procès-verbaux établis par les pharmaciens inspecteurs, énoncent, sans rature, surcharge, ni renvois :

-les dates et lieux des enquêtes effectuées et les constatations matérielles relevées ;

-l'identité des pharmaciens inspecteurs ;

-l'infraction, qualifiée en référence aux dispositions législatives et réglementaires applicables en la matière ;

-les mesures conservatoires prises ;

"Art. 194-11 : les procès-verbaux dressés par les pharmaciens inspecteurs font foi jusqu'à preuve du contraire des constatations matérielles qu'ils relatent «.

"Art. 194-12 : les procès-verbaux dressés en application des dispositions de la présente loi, par les pharmaciens inspecteurs, sont transmis, dès leur rédaction, au directeur chargé de la santé au niveau de la wilaya concernée.

Dans tous les cas où est relevé un fait susceptible d'impliquer des poursuites pénales, le directeur chargé de la santé de la wilaya transmet obligatoirement le dossier au procureur de la république territorialement compétent.

Une copie de cette transmission, accompagnée du procès-verbal, est adressée à l'autorité hiérarchique.

L'organe de déontologie concerné en est informé".

"Art. 194-13 : les dispositions statutaires applicables aux pharmaciens inspecteurs sont fixées par voie réglementaire".

**Article 3** : L'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, est modifié et complété comme suit :

"Art. 201 : Les médecins, les chirurgiens dentistes et les pharmaciens généralistes ou spécialistes et les spécialistes hospitalo-universitaires exercent leurs fonctions sous l'un des régimes suivants :  
en qualité de fonctionnaire à plein-temps ;  
à titre privé "

**Article 4** : Les dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par les articles 201-1 , 201-2 , 201-3 , 201-4 , rédigés comme suit :

"Art. 201- 1 : Les corps des spécialistes hospitalo-universitaires exerçant dans le secteur public en qualité de :

- professeur ; docent ;

maître-assistant justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité ou titulaire d'un diplôme de doctorat d'Etat en sciences médicales "D.E.S.M" ;

et des spécialistes de santé publique justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité, sont autorisés à exercer une activité complémentaire, selon les conditions fixées ci-dessous".

"Art.201-2 : L'activité complémentaire est exercée en dehors des établissements de santé publique. Elle est autorisée au niveau des :

établissements sanitaires privés ;

laboratoire privés ;

du secteur para-public".

"Art. 201- 3 : Sans préjudice du fonctionnement normal des services médicaux des établissements sanitaires publics, le bénéficiaire est autorisé à exercer l'activité complémentaire dans la limite d'une journée par semaine, additionnellement aux journées de congé légal".

"Art. 201- 4 : L'application des dispositions du présent article, notamment les modalités de délivrance et de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire, ainsi que le contrôle de cette dernière, est fixée par voie réglementaire".

**Article 5** : Les dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par les articles 201-5 et 201-6 rédigés comme suit :

"Art. 201- 5 : La liste des catégories de médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens généralistes ou spécialistes et des spécialistes hospitalo-universitaires assujettis au service civil est fixée annuellement par voie réglementaire, les modalités d'accomplissement du service civil".

"Art. 201- 6 : La durée du service civil varie entre deux (02) et quatre (04) années suivant les régions

**Article 6** : Les dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par un article 265 bis rédigé comme suit :

"Art 265 bis : quiconque entrave ou empêche l'accomplissement des missions menées par les pharmaciens inspecteurs est puni d'un emprisonnement de deux (02) mois à deux (02) ans et d'une amende de cinquante mille (50.000 DA) à cent mille (100.000 DA), ou l'une de ces deux peines seulement".

**Article 7** : La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 26 Rabie Ethani 1419 correspondant au 19 Août 1998

**Liamine ZEROUAL**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 122-17° et 124 ;  
Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée, relative au service civil ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Le Conseil des ministres entendu ;  
Promulgue l'ordonnance dont la teneur suit :

**Article 1<sup>er</sup>** : La présente ordonnance a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

**Article 2** : Les dispositions de l'article 9 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par un alinéa 2 rédigé comme suit :

«Art 9- .....

Des structures de séjour, en appui aux structures sanitaires et régies par la commercialité, peuvent également être créées. Ces structures peuvent être publiques ou privées, leurs missions, organisation et fonctionnement sont fixés par voie réglementaire».

**Article 3** : Les dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par un article 29 bis rédigé comme suit :

«Art 29 bis - Le responsable de la santé au niveau de la wilaya exerce un pouvoir de contrôle en matière de santé publique sur l'ensemble des établissements de santé relevant de la wilaya».

**Article 4** : Les dispositions de l'article 186 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées comme suit :

«Art 186 - L'importation et la distribution en gros des produits pharmaceutiques relèvent d'opérateurs publics et privés».

**Article 5** : Les dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par les articles 186 bis et 186 ter rédigés comme suit :

«Art 186 bis - Des mesures incitatives peuvent être édictées pour promouvoir les médicaments génériques selon des modalités précisées par voie réglementaire».

**Article 6** : Les dispositions de l'article 188 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par un alinéa in fine rédigé comme suit :

«Art 188 - .....

Les pharmacies privées doivent avoir comme activité principale la distribution des produits pharmaceutiques. Elles peuvent, accessoirement, assurer la distribution des produits parapharmaceutiques.»

**Article 7** : Les dispositions de l'article 201-6 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées comme suit :

«Art 201-6 - La durée du service civil varie entre une (1) année et quatre (4) années suivant les régions».

**Article 8** : Les dispositions de l'article 208 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées comme suit

«Art 208 - Les activités de la santé exercées à titre privé sont assurées dans des établissements hospitaliers, des cabinets de consultation et de soins, des cabinets dentaires, des officines de pharmacie, des laboratoires d'analyses médicales, d'optique médicale et de lunetterie, de prothèse médicale.

**Article 9** : Les dispositions de l'article 208 bis de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées et complétées comme suit :

«Art 208 bis - Les établissements hospitaliers privés sont des établissements de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration.

Les établissements hospitaliers privés peuvent être exploités par

- des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée (E.U.R.L.) ;
- des sociétés à responsabilité limitée (S.A.R.L.) ;
- des sociétés par actions (S.P.A.) ;
- des mutuelles et associations.

Dans tous les cas, l'établissement hospitalier privé doit disposer d'un directeur technique médecin.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par voie réglementaire»

**Article 10** : La présente ordonnance sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

**Loi n° 06-16 du 22 Chaouel 1427 correspondant au 14 novembre 2006 portant approbation de l'ordonnance n° 06-07 du 19  
Jumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la  
protection et à la promotion de la santé.**

Le Président de la République;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 122-17, 124 et 126 ;

Vu l'ordonnance n° 06-07 du 19 Jumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1958 relative à la protection et à la promotion de la santé;

Après approbation par le parlement ;

Promulgue la loi dont la teneur suit :

**Article 1<sup>er</sup>** : Est approuvée l'ordonnance n° 06-07 du 19 Jumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

**Article 2** : La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 22 Chaoual 1427 correspondant au 14 novembre 2006.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 54, 119, 122 et 126 ;  
Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale;  
Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal;  
Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;  
Vu la loi n° 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;  
Vu l'ordonnance n° 95-27 du 8 Châabane 1416 correspondant au 30 décembre 1995 portant loi de finances pour 1996;  
Vu la loi n° 2000-06 du 27 Ramadhan 1421 correspondant au 23 décembre 2000 portant loi de finances pour 2001;  
Vu la loi n° 01-21 du 7 Chaoual 1422 correspondant au 22 décembre 2001 portant loi de finances pour 2002;  
Vu la loi n° 02-11 du 20 Chaoual 1423 correspondant au 24 décembre 2002 portant loi de finances pour 2003 ;  
Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003, modifiée et complétée, relative à la concurrence;  
Vu l'ordonnance 03-07 du 19 Joumada El-Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative aux brevets d'invention;  
Vu la loi n° 04-08 du 27 Joumada Ethania 1425 correspondant au 14 août 2004 relative aux conditions d'exercice des activités commerciales;  
Vu la loi n° 04-18 du 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative à la prévention et à la répression de l'usage et du trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes;  
Vu l'ordonnance n° 07-01 du 11 Safar 1428 correspondant au 1er mars 2007 relative aux incompatibilités et obligations particulières attachées à certains emplois et fonctions;

Après avis du Conseil d'Etat ;

Après adoption par le Parlement ;

**Promulgue la loi dont la teneur suit :**

**Article 1<sup>er</sup> :** La présente loi a pour objet de modifier et compléter certaines dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

**Article 2 :** L'intitulé du titre V de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, est modifié comme suit :

**TITRE V  
PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
ET DISPOSITIFS MEDICAUX**

**Article 3 :** Les dispositions de l'article 169 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées et complétées comme suit :

«Art. 169. On entend par produits pharmaceutiques, au sens de la présente loi :

- les médicaments ;
- les réactifs biologiques ;
- les produits chimiques officinaux ;
- les produits galéniques ;
- les objets de pansement ;
- le radionucléide qui est l'isotope radioactif ;
- la trousse qui est toute préparation issue de la reconstitution ou de la combinaison avec des radionucléides dans le produit pharmaceutique final ;
- le précurseur qui est tout radionucléide permettant le marquage radioactif d'une autre substance avant administration à l'homme ;
- tous autres produits nécessaires à la médecine humaine».

**Article 4 :** Les dispositions de l'article 170 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées et complétées comme suit :

«Art. 170. On entend par médicament, au sens de la présente loi :

- toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, et tous produits pouvant être administrés à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger et modifier ses fonctions organiques ;
- toute préparation magistrale de médicament préparé extemporanément en officine en exécution d'une prescription médicale ;
- toute préparation hospitalière préparée sur prescription médicale et selon les indications d'une pharmacopée en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique ou médicament générique disponible ou adapté, dans la pharmacie d'un établissement de santé et destiné à y être dispensé à un ou plusieurs patients ;
- toute préparation officinale de médicament préparé en officine selon les indications de la pharmacopée ou du formulaire national des médicaments et destinée à être dispensée directement au patient ;
- tout produit officinal divisé défini comme étant toute drogue simple, tout produit chimique ou toute préparation stable indiquée dans la pharmacopée, préparée à l'avance par un établissement pharmaceutique qui assure sa division au même titre que l'officine ou la pharmacie hospitalière ;
- toute spécialité pharmaceutique préparée à l'avance, présentée selon un conditionnement particulier et caractérisée par une dénomination spéciale ;
- tout générique qui a la même composition qualitative et quantitative en principe(s) actif(s), la même forme pharmaceutique sans indications nouvelles et qui est interchangeable avec le produit de référence du fait de sa bioéquivalence démontrée par des études appropriées de biodisponibilité ;
- tout allergène qui est tout produit destiné à identifier ou provoquer une modification spécifique et acquise de la réponse immunitaire à un agent allergisant ;
- tout vaccin, toxine ou sérum qui sont tout agent destiné à être administré à l'homme dans le but de provoquer une immunité active ou passive ou en vue de diagnostiquer l'état d'immunité ;
- tout produit radio pharmaceutique prêt à être administré à l'homme et qui contient un ou plusieurs radionucléides ;
- tout produit stable dérivé du sang ;
- tout concentré d'hémodialyse ou solutés de dialyse péritonéale ;
- les gaz médicaux ».



**Article 5 :** Les dispositions de l'article 171 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées et complétées comme suit :

«Art 171. Sont également assimilés à des médicaments :

- ..... (sans changement) .....
- les produits diététiques qui renferment des substances non alimentaires leur conférant des propriétés utiles à la santé humaine,
- les organismes génétiquement modifiés ou organismes ayant subi une modification non naturelle de leurs caractéristiques initiales par ajout ou suppression ou remplacement d'au moins un gène et qui sont utilisés dans les soins, la production de médicaments ou de vaccins ».

**Article 6 :** Les dispositions de l'article 173 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées comme suit :

«Art. 173. On entend par dispositif médical, au sens de la présente loi, tout équipement, appareil, instrument ou produit, à l'exception des produits d'origine humaine ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement destiné à être utilisé chez l'homme à des fins :

- de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie ou d'une compensation d'une blessure ou d'un handicap,
- d'étude, de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique,
- de maîtrise de l'assistance médicale à la procréation ».

**Article 7 :** Les dispositions du titre V de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par un chapitre 1 bis intitulé « L'agence nationale des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine » contenant les articles 173-1 à 173-10 rédigés comme suit :

«Art. 173-1. Il est créé une agence nationale des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine, dénommée ci-après « l'agence ».

L'agence est une autorité administrative indépendante dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

L'organisation et le fonctionnement ainsi que le statut des personnels de l'agence sont fixés par voie réglementaire ».

«Art 173-2. Il est créé auprès de l'agence les commissions spécialisées ci-après :

- la commission d'enregistrement des médicaments ;
- la commission d'homologation des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux à usage de la médecine humaine ;
- la commission de contrôle de l'information médicale, scientifique et de publicité ;
- la commission d'étude des prix des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux à usage de la médecine humaine ».

«Art. 173-3. Dans le cadre de la politique nationale en matière de produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine, l'agence a pour principales missions :

- de veiller à l'encouragement de la production dans le domaine des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ;
- de veiller à la sécurité, l'efficacité, la qualité et au contrôle des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux à usage de la médecine humaine ;
- de veiller à l'accessibilité aux produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ;
- d'assurer la régulation du marché des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ;
- de veiller au respect des lois et règlements relatifs aux activités de la pharmacie, aux produits pharmaceutiques et aux dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ».

«Art. 173-4. Dans le cadre des missions générales prévues à l'article 173-3 ci-dessus, l'agence est chargée :

- de l'enregistrement des médicaments et de l'homologation des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ;
- de la délivrance des visas pour l'importation des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ;
- de déterminer au moment de l'enregistrement ou de l'homologation, conformément aux dispositions et procédures fixées par la législation et la réglementation en vigueur, les prix à la production et à l'importation respectivement des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine, après avis de la commission chargée de l'étude des prix créée auprès de l'agence ;
- de participer à l'élaboration de la liste des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine éligibles au remboursement ;
- de procéder aux évaluations des bénéfices et des risques liés à l'utilisation des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ;
- de veiller au bon fonctionnement des systèmes de vigilance ;
- de prendre et/ou de faire prendre aux autorités compétentes les mesures nécessaires en cas de risque pour la santé publique ;
- de participer à des expertises et à tout contrôle des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine relevant de sa compétence ;
- de contrôler la publicité et de veiller à une information médicale fiable relative aux produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ;
- de constituer une banque de données scientifiques et techniques nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Elle est destinataire, à cet effet, de toute information médicale et scientifique ;

- de recueillir et d'évaluer les informations sur les abus et la pharmacodépendance susceptibles d'être entraînés par des substances psycho-actives ;
- d'entreprendre toutes études, recherches, actions de formation ou d'information dans les domaines de sa compétence, et de contribuer à l'encouragement de la recherche scientifique dans le domaine des produits pharmaceutiques ;
- de suspendre tout essai, fabrication, préparation, importation, exploitation, distribution, conditionnement, conservation, mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, l'utilisation, la délivrance ou l'administration d'un médicament soumis ou non soumis à l'enregistrement lorsque ce produit présente ou est soupçonné de présenter, dans les conditions normales d'emploi, un danger pour la santé humaine ;
- de donner son avis sur toutes les questions liées aux produits pharmaceutiques et aux dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ainsi que sur l'intérêt de tout nouveau produit ;
- de participer et proposer les éléments concourant à l'élaboration des stratégies et politiques de développement du secteur de la pharmacie ;
- d'émettre un avis sur tout projet de texte à caractère législatif ou réglementaire régissant le domaine de la pharmacie, des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine et de formuler toute proposition tendant à améliorer le dispositif normatif en vigueur en la matière ;
- d'établir un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé sur la situation du marché des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine, et son évolution ;
- d'établir un bilan annuel de ses activités qu'elle adresse au ministre chargé de la santé.

L'agence élabore et adopte son règlement intérieur ».

«Art. 173-5. Les ressources financières de l'agence comprennent :

- les ressources propres, notamment celles provenant des droits et taxes liés à l'enregistrement, l'homologation et la publicité des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ;
- les revenus des prestations fournies ;
- les dons et legs ;
- toutes autres ressources liées à ses activités ».

«Art. 173.6. Les dépenses de l'agence comprennent :

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement ;
- toute autre dépense nécessaire à la réalisation de ses missions ».

«Art. 173-7. Pour le lancement du fonctionnement de l'agence, le Trésor public met à la disposition de celle-ci une avance remboursable lui permettant d'exercer ses activités.

Les modalités de libération et de remboursement de cette avance sont fixées par une convention passée entre le Trésor public et l'agence ».

«Art. 173-8. Les crédits complémentaires nécessaires à l'agence pour l'accomplissement de ses missions sont, en tant que de besoin, inscrits au budget général de l'Etat et ce, conformément aux procédures en vigueur ».

«Art. 173-9. La comptabilité de l'agence est tenue en la forme commerciale ».

«Art. 173-10. Le contrôle financier de l'agence est assuré par un commissaire aux comptes ».

**Article 8 :** L'intitulé du chapitre II du titre V de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, est modifié comme suit :

#### CHAPITRE II

### ENREGISTREMENT, HOMOLOGATION ET NOMENCLATURES NATIONALES ET HOSPITALIERES

**Article 9 :** Les dispositions de l'article 174 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées et complétées comme suit :

«Art. 174. Afin de protéger ou de rétablir la santé des citoyens, d'assurer l'exécution des programmes et des campagnes de prévention, de diagnostiquer et de traiter les malades et de protéger la population contre l'utilisation de produits non autorisés, les praticiens médicaux ne peuvent prescrire et utiliser que les médicaments enregistrés et les produits pharmaceutiques homologués, à usage de la médecine humaine, figurant sur les nomenclatures nationales y afférentes ou les médicaments ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation ».

**Article 10 :** Les dispositions de l'article 175 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées comme suit :

«Art. 175. Tout médicament à usage de la médecine humaine prêt à l'emploi, fabriqué industriellement, importé ou exporté doit faire l'objet, avant sa mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, d'une décision d'enregistrement accordée par l'agence nationale des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine prévue à l'article 173-1 ci-dessus après avis de la commission d'enregistrement des médicaments, créée auprès de cette agence.

Les missions, la composition, l'organisation et le fonctionnement de la commission d'enregistrement des médicaments, les modalités d'enregistrement des médicaments à usage de la médecine humaine, les conditions d'octroi, de renouvellement et de retrait de la décision d'enregistrement ainsi que les conditions de cession et de transfert de l'enregistrement, sont fixés par voie réglementaire ».

**Article 11 :** Les dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par les articles 175 bis et 175 ter rédigés comme suit :

«Art. 175 bis. . Les nomenclatures nationales des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine sont les recueils des produits enregistrés ou homologués.

Les nomenclatures des produits pharmaceutiques à usage hospitalier sont issues des nomenclatures nationales prévues à l'alinéa ci-dessus.

Les modalités d'établissement et de mise à jour des nomenclatures nationales et hospitalières sont fixées par voie réglementaire ».

«Art 175 ter. L'agence nationale des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine peut délivrer, pour une durée limitée, une autorisation temporaire d'utilisation des médicaments non enregistrés en Algérie lorsque ceux-ci sont prescrits dans le cadre de la prise en charge de maladies graves et/ou rares, pour lesquelles il n'existe pas de traitement équivalent en Algérie et pour lesquelles il y a une utilité thérapeutique fortement présumée.

Les modalités et conditions d'octroi de l'autorisation temporaire d'utilisation des médicaments cités à l'alinéa ci-dessus sont fixées par voie réglementaire ».

**Article 12 :** Les dispositions de l'article 176 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées comme suit :

«Art. 176. Ne peuvent être importés, ni délivrés au public, sur le territoire national, que les médicaments enregistrés ou autorisés et les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux homologués à usage de la médecine humaine ».

**Article 13 :** Les dispositions de l'article 178 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées comme suit :

«Art. 178. Il est interdit d'expérimenter sur l'homme, des médicaments, des produits biologiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine sans l'autorisation du ministre chargé de la santé ».

**Article 14 :** L'intitulé du chapitre III du titre V de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, est modifié comme suit :

#### CHAPITRE III

### ACQUISITION DES MEDICAMENTS ET DISPOSITIFS MEDICAUX

**Article 15 :** Les dispositions de l'article 180 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées et complétées comme suit :

«Art. 180. Les médicaments à usage hospitalier figurant dans les nomenclatures prévues à l'article 175 bis ci-dessus et prescrits par les praticiens médicaux des établissements hospitaliers publics, doivent être fournis gratuitement aux malades hospitalisés ou soignés en ambulatoire par ces établissements ».

**Article 16 :** Les dispositions de l'article 184 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées et complétées comme suit :

«Art. 184. La fabrication, l'importation et l'exportation des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine doivent être effectuées exclusivement par des établissements pharmaceutiques publics et des établissements pharmaceutiques privés agréés, à l'exception des préparations prévues à l'article 187 ci-dessous.

La direction technique des établissements de fabrication, d'importation, et d'exportation des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine, doit être assurée par un pharmacien directeur technique.

La fabrication, l'importation, la distribution et l'exportation des dispositifs médicaux à usage de la médecine humaine, tels que définis à l'article 173 de la présente loi, doivent être effectuées par des établissements publics ainsi que par des établissements privés agréés.

Les conditions d'agrément des établissements privés cités aux alinéas 1 et 3 ci-dessus sont fixées par voie réglementaire ».

**Article 17:** Les dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par un article 184 bis rédigé comme suit :  
«Art. 184 bis. . La préparation, l'importation et la distribution des virus atténués ou non, des sérums thérapeutiques, des toxines modifiées ou non et en général, des divers produits d'origine microbienne, pouvant servir, sous une forme quelconque, au diagnostic,  
à la prophylaxie ou à la thérapeutique, ainsi que les allergènes, sont confiés à des établissements publics selon des modalités et conditions fixées par voie réglementaire ».

**Article 18 :** Les dispositions de l'article 185 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées comme suit :

«Art. 185. Les conditions contraignantes de bonnes pratiques de fabrication des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine sont fixées par le ministre chargé de la santé ».

**Article 19 :** Les dispositions de l'article 186 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées et complétées comme suit :  
«Art. 186. La distribution en gros des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine est assurée exclusivement par des établissements publics ainsi que par des établissements privés agréés.

La direction technique des établissements de distribution en gros de produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine est assurée par un pharmacien directeur technique ».

**Article 20 :** Les dispositions de l'article 187 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées comme suit :

«Art. 187. Les préparations officinales et les préparations magistrales et hospitalières s'effectuent dans les officines de pharmacie et les pharmacies hospitalières ».

**Article 21 :** Les dispositions de l'article 188 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées et complétées comme suit :

«Art. 188. La distribution au détail des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine est assurée par des officines de pharmacie placées sous la responsabilité d'un pharmacien.

Pour les officines de pharmacie privées, le pharmacien doit être l'unique propriétaire et l'unique gestionnaire du fonds de commerce de l'officine de pharmacie.

Les officines de pharmacie doivent avoir comme activité principale la distribution des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine. Elles peuvent, accessoirement, assurer la distribution des produits parapharmaceutiques ».

**Article 22:** Les dispositions de l'article 189 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées et complétées comme suit :

«Art. 189. Les pharmaciens d'officine peuvent assurer certaines analyses biologiques selon des modalités et conditions fixées par voie réglementaire ».

**Article 23 :** Les dispositions de l'article 193 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées et complétées comme suit :

«Art. 193. Certains produits pharmaceutiques ainsi que les dispositifs médicaux à usage de la médecine humaine doivent faire l'objet, avant leur mise sur le marché, à titre gratuit ou onéreux, d'une décision d'homologation de l'agence nationale des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine après avis de la commission d'homologation des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine, créée auprès de cette agence.

La liste des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine soumis à homologation, cités à l'alinéa ci-dessus, est fixée par l'agence nationale des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine.

Les missions, la composition, l'organisation et le fonctionnement de la commission d'homologation et les modalités d'homologation de ces produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ainsi que les conditions d'octroi, de renouvellement et de retrait de la décision d'homologation sont fixés par voie réglementaire ».

**Article 24 :** Les dispositions du titre V de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par un chapitre VI bis intitulé « Contrôle et vigilance » contenant les articles 193 bis, 193 ter et 193 quater rédigés comme suit :

«Art. 193 bis. . Les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine sont soumis au contrôle de qualité et de conformité conformément à la législation et à la réglementation en vigueur ».

«Art. 193 ter. . Tout produit pharmaceutique prêt à l'emploi ainsi que les dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ne peuvent être mis sur le marché s'ils n'ont pas été au préalable contrôlés et certifiés conformes aux éléments du dossier d'enregistrement ou d'homologation ».

«Art. 193 quater. . Le contrôle de qualité, l'expertise, la veille, notamment la pharmacovigilance, la matériovigilance, l'hémovigilance et la toxicovigilance des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine, sont assurés par les établissements compétents en la matière prévus par la législation et la réglementation en vigueur.

Les établissements cités à l'alinéa ci-dessus apportent leur concours à l'agence nationale des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine ».

**Article 25:** Les dispositions du chapitre VII du titre V de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées, complétées et rédigées comme suit :

#### CHAPITRE VII INFORMATION MEDICALE ET SCIENTIFIQUE ET PUBLICITE

«Art. 194. L'information médicale et scientifique sur les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine est obligatoire. Elle doit être précise, vérifiable et conforme aux données les plus récentes de la recherche médicale et scientifique au moment de sa diffusion.

L'information médicale et scientifique ainsi que la publicité sur les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine régulièrement enregistrés ou homologués sont effectuées par les fabricants et tout autre opérateur spécialisé dans la promotion médicale.

L'agence nationale des produits pharmaceutiques peut autoriser la publicité sur certains produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine, régulièrement enregistrés ou homologués et non admis au remboursement.

Toute action de publicité concernant les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine, citée à l'alinéa ci-dessus, doit être soumise au préalable à un visa de publicité de l'agence nationale des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine, après avis de la commission chargée du contrôle de l'information médicale et scientifique et de la publicité créée auprès de cette agence.

Les missions, la composition, l'organisation et le fonctionnement de la commission de contrôle de l'information médicale et scientifique et de la publicité, ainsi que le contenu de l'information médicale et scientifique et de la publicité, leur organisation et leur contrôle, sont définis par voie réglementaire ».

**Article 26 :** Les dispositions de l'article 211 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées comme suit :

«Art. 211. . . . . (sans changement) .....

Les tarifs des prestations effectuées dans les établissements de santé privés peuvent faire l'objet de plafonnement selon des modalités fixées par voie réglementaire.

..... (le reste sans changement) .....

CHAPITRE II  
**DISPOSITIONS PENALES RELATIVES  
AUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
ET DISPOSITIFS MEDICAUX**

**Article 27:** Les dispositions du chapitre II du titre VIII de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont modifiées, complétées et rédigées comme suit :

«Art. 260. . Est puni d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans et d'une amende de 20.000 DA à 50.000 DA, quiconque contrevient aux dispositions relatives aux radioéléments artificiels ».

«Art. 261. Est puni d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans et d'une amende de 10.000 DA à 50.000 DA, quiconque contrevient aux dispositions relatives aux essences pouvant servir à la fabrication de boissons alcoolisées ».

«Art. 262. . Est puni des peines prévues par le code pénal quiconque contrevient aux dispositions relatives aux abortifs ».

«Art. 263. Est puni d'un emprisonnement de un (1) à trois (3) ans et d'une amende de 500.000 DA à 1.000.000 de DA, quiconque se livre, dans un but lucratif, au commerce du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés ».

«Art. 264. Est puni d'un emprisonnement de un (1) à trois (3) ans et d'une amende de 500. 000 DA à 1.000.000 de DA, quiconque contrevient aux dispositions relatives à l'information sur les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ».

«Art. 265. Est puni d'un emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans et d'une amende de 500.000 DA à 1.000.000 de DA, quiconque contrevient aux dispositions relatives à la publicité sur les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ».

«Art 265. ter. . Est puni d'un emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans et d'une amende de 1.000.000 de DA à 5.000.000 de DA, quiconque contrevient aux dispositions relatives à l'enregistrement des médicaments et à l'homologation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ».

«Art. 265. quater. . Est puni d'un emprisonnement de (2) deux à cinq (5) ans et d'une amende de 5 000.000 de DA à 10.000.000 de DA, quiconque contrevient aux dispositions relatives à l'importation, à l'exportation et au contrôle des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ».

«Art. 265. quinquies. . Est puni d'un emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans et d'une amende de 5 000.000 de DA à 10.000.000 de DA, quiconque contrevient aux dispositions relatives à la fabrication et la distribution en gros des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ».

«Art. 265. sixies. . Est puni d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans et d'une amende de 500.000 DA à 1.000.000 de DA, quiconque contrevient aux dispositions relatives à la distribution au détail des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ».

«Art. 265. septies. . Est puni d'un emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans et d'une amende de 5.000.000 de DA à 10.000.000 de DA, quiconque contrevient aux dispositions relatives à l'expérimentation sur l'homme, des médicaments, des produits biologiques et des dispositifs médicaux, à usage de la médecine humaine ».

«Art. 265. octies. . Est punie la personne morale qui a commis l'une des infractions citées ci-dessus, d'une amende qui équivaut à cinq (5) fois le maximum prévu pour la personne physique ».

«Art. 265. nonies. . Peut, en outre, être puni, d'une ou de plusieurs peines complémentaires prévues par le code pénal, quiconque commet l'une des infractions citées ci-dessus ».

**Article 28:** Les structures en charge, actuellement, des missions dévolues à l'agence nationale des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine, en vertu des dispositions de la présente loi, continuent à assumer ces missions jusqu'à la mise en place de ladite agence.

**Article 29 :** Toutes dispositions contraires notamment celles des articles 172 et 177 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont abrogées.

**Article 30 :** La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la république algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Rajab 1429 correspondant au 20 juillet 2008.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé et des affaires sociales,  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la promotion de la santé modifiée et complétée,  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques,  
Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique.  
Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Décrète :

## TITRE I REGLES DE DEONTOLOGIE MEDICALE Chapitre I

### Dispositions préliminaires

**Article 1<sup>er</sup>** : La déontologie médicale est l'ensemble des principes, des règles et des usages que tout médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien doit observer ou dont il s'inspire dans l'exercice de sa profession.

**Article 2** : Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent à tout médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien ou étudiant en médecine, en chirurgie dentaire ou en pharmacie autorisé à exercer la profession dans les conditions prévues par la législation en vigueur.

**Article 3** : Les infractions aux règles et dispositions édictées dans le présent code relèvent des instances disciplinaires des conseils de déontologie médicale sans préjudice des dispositions prévues à l'article 221 du présent décret.

**Article 4** : Le médecin, chirurgien dentiste, pharmacien lors de son inscription au tableau doit affirmer devant la section ordinaire régionale compétente et lui avoir soumis le texte de l'annonce par voie de presse, porter à la connaissance du public l'ouverture d'un cabinet médical, de chirurgie dentaire, d'un établissement de soins ou de diagnostic, d'une officine, d'un laboratoire d'analyses ou d'un établissement pharmaceutique. Cette annonce doit se faire selon la réglementation en vigueur.

**Article 5** : Le médecin, chirurgien dentiste et pharmacien lors de son inscription au tableau doit affirmer devant la section ordinaire régionale compétente qu'il a eu connaissance des présents règles de déontologie et s'engager par écrit à les respecter.

## Chapitre II Règles de déontologie des médecins et des chirurgiens-dentistes Paragraphe I

### Devoirs généraux

**Article 6** : Le médecin et le chirurgien-dentiste sont au service de l'individu et de la santé publique.

Ils exercent leur mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.

**Article 7** : La vocation du médecin et du chirurgien-dentiste consiste à défendre la santé physique et mentale de l'homme et à soulager la souffrance dans le respect de la vie et la dignité de la personne humaine sans discrimination de sexe, d'âge, de race, de religion, de nationalité, de condition sociale, d'idéologie politique ou tout autre raison, en temps de paix comme en temps de guerre.

**Article 8** : Le médecin et le chirurgien-dentiste doivent prêter leur concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé publique. Ils sont tenus en particulier, de collaborer du point de vue médical à l'organisation des secours et notamment en cas de calamité.

**Article 9** : Le médecin, le chirurgien-dentiste doit porter secours à un malade en danger immédiat ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

**Article 10** : Le médecin et le chirurgien-dentiste ne peuvent aliéner leur indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

**Article 11** : Le médecin, le chirurgien-dentiste sont libres de leurs prescriptions qu'ils estiment les plus appropriées en la circonstance. Dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins et sans négliger leur devoir d'assistance morale, ils doivent limiter leurs prescriptions et leurs actes à ce qui est nécessaire.

**Article 12** : Le médecin ou le chirurgien-dentiste, sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ne peut, directement ou indirectement, ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, en informer l'autorité judiciaire. Le médecin, le chirurgien-dentiste ne doit jamais assister, participer ou admettre des actes de tortures ou tout autre forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants quels que soient les arguments invoqués et ce, dans toutes les situations ainsi qu'en cas de conflits civil ou armé. Le médecin, le chirurgien-dentiste ne doit jamais utiliser ses connaissances, sa compétence ou son habileté en vue de faciliter l'emploi de la torture ou de tout autre procédé cruel inhumain ou dégradant utilisé à quelque fin que ce soit.

**Article 13** : Le médecin, chirurgien-dentiste est responsable de chacun de ses actes professionnels. Le médecin, le chirurgien-dentiste ne peut exercer que sous sa véritable identité. Tout document qu'il délivre doit porter son nom et sa signature.

**Article 14** : Le médecin, le chirurgien-dentiste doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. En aucun cas, le médecin le chirurgien-dentiste ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puisse compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

**Article 15** : Le médecin, le chirurgien-dentiste a le droit et le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

**Article 16** : Le médecin, le chirurgien-dentiste est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement, le médecin, le chirurgien-dentiste, ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses compétences et ses possibilités.

**Article 17** : Le médecin, le chirurgien-dentiste doit s'interdire dans les explorations ou traitements qu'il pratique de faire courir au malade un risque injustifié.

**Article 18** : L'emploi sur un malade d'une thérapeutique nouvelle ne peut être envisagé qu'après des études biologiques adéquates, sous une surveillance stricte et seulement si cette thérapeutique peut présenter pour ce patient un intérêt direct.

**Article 19** : Le médecin, chirurgien-dentiste, doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte susceptible de déconsidérer celle-ci.

**Article 20** : La médecine et la chirurgie dentaire ne doivent pas être pratiquées comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de publicité sont interdits à tout médecin ou chirurgien-dentiste.

**Article 21** : L'exercice de la médecine foraine est interdit.

**Article 22** : Il est interdit à un médecin, un chirurgien-dentiste qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

**Article 23** : Le médecin, le chirurgien-dentiste ne peut exercer une activité incompatible avec la dignité professionnelle et la réglementation en vigueur.



**Article 24 :** Est interdit :  
tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ;  
toute ristourne en argent ou en nature faite à un malade ;  
toute commission à quelque personne que ce soit ;  
l'acceptation d'une commission ou d'un avantage matériel quelconque pour tout acte médical.

**Article 25 :** En dehors du cas prévu dans le cadre de la médecine et de la chirurgie dentaire de groupe, tout partage d'honoraires, sous quelque forme que ce soit, entre médecins, entre chirurgiens dentistes est interdit.

**Article 26 :** Est interdit à tout médecin, chirurgien-dentiste tout compérage entre médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.

**Article 27 :** Il est interdit à un médecin, chirurgien-dentiste de donner des consultations dans des locaux commerciaux et dans tout local où sont mis en vente des produits, appareils ou médicaments.

**Article 28 :** Il est interdit à tout médecin, chirurgien-dentiste, sauf dérogation accordée dans les conditions prévues par la loi, de distribuer à des fins lucratives, des remèdes, des appareils pour la santé. En toutes circonstances, il leur est interdit de délivrer des médicaments notablement nuisibles.

**Article 29 :** Il est interdit à tout médecin, chirurgien-dentiste d'exercer une autre profession qui lui permet de retirer un profit de ses prescriptions ou conseils médicaux

**Article 30 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste ne doit pas divulguer, dans les milieux médicaux, un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner ses communications des réserves qui s'imposent. Il ne doit pas faire une telle divulgation dans le public non médical.

**Article 31 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste ne peut proposer à ses malades ou à leurs entourages comme salubre ou sans dangers un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme leur est interdite.

**Article 32 :** Toute facilité doit être interdite à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine ou de la chirurgie dentaire.

**Article 33 :** Un médecin ne peut pratiquer l'interruption de grossesse que dans les conditions prévues par la loi.

**Article 34 :** Aucune mutilation ou ablation d'organe ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et sauf urgence ou impossibilité, qu'après information et consentement de l'intéressé ou de son tuteur légal.

**Article 35 :** Les prélèvements d'organe ne peuvent être pratiqués que dans les cas et conditions prévus par la loi.

#### Paragraphe 2

##### Le secret professionnel

**Article 36 :** Le secret professionnel, institué dans l'intérêt du malade et de la collectivité, s'impose à tout médecin et chirurgien-dentiste sauf lorsque la loi en dispose autrement.

**Article 37 :** Le secret professionnel couvre tout ce que le médecin, le chirurgien-dentiste a vu, entendu, compris ou lui a été confié dans l'exercice de sa profession.

**Article 38 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste veillera à faire respecter par les auxiliaires les impératifs du secret professionnel.

**Article 39 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques et documents qu'ils détiennent concernant ses malades.

**Article 40 :** Quand le médecin, le chirurgien-dentiste se sert de ses dossiers médicaux pour des publications scientifiques, il doit veiller à ce que l'identification du malade ne soit pas possible.

**Article 41 :** Le secret médical n'est pas aboli par le décès du malade, sauf pour faire valoir ses droits.

#### Paragraphe 3

##### Devoirs envers le malade

**Article 42 :** Le malade est libre de choisir ou de quitter son médecin ou son chirurgien-dentiste. Le médecin, le chirurgien-dentiste, doit respecter et faire respecter ce droit du malade. Ce libre choix constitue un principe fondamental de la relation médecin-malade, chirurgien-dentiste malade. Sous réserve des dispositions de l'article 9 ci-dessus, le médecin, le chirurgien-dentiste, peut refuser pour des raisons personnelles de donner des soins.

**Article 43 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste doit s'efforcer d'éclairer son malade par une information intelligible et loyale sur les raisons de tout acte médical.

**Article 44 :** Tout acte médical, lorsqu'il présente un risque sérieux pour le malade est subordonné au consentement libre et éclairé du malade ou celui des personnes habilitées par lui ou par la loi. Si le malade est en péril ou incapable d'exprimer son consentement, le médecin, le chirurgien-dentiste, doit donner les soins nécessaires.

**Article 45 :** Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin, le chirurgien-dentiste s'engage à assurer à ses malades des soins consciencieux, dévoués, conformes aux données récentes de la science et de faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de confrères compétents et qualifiés.

**Article 46 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive. Il doit respecter la dignité du malade.

**Article 47 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Il doit veiller à la bonne compréhension des prescriptions par le malade ou par son entourage. Il doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement.

**Article 48 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste, appelé à donner des soins dans une famille ou dans une collectivité, doit s'efforcer d'obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie. Il signale au malade et à son entourage leur responsabilité à cet égard, vis à vis d'eux mêmes et de leur voisinage.

**Article 49 :** En cas de refus de soins médicaux, il est exigé du malade une déclaration écrite à cet effet.

**Article 50 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste peut se dégager de sa mission à condition que la continuité des soins aux malades soit assurée.

**Article 51 :** Pour des raisons légitimes que le médecin, le chirurgien-dentiste, apprécie en toute conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un pronostic grave ; mais la famille doit en être prévenue, à moins que le malade n'ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. Ce diagnostic grave ou pronostic fatal ne doivent être révélés qu'avec la plus grande circonspection.

**Article 52 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste appelé à donner des soins à un mineur ou un incapable majeur doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence ou s'ils ne peuvent être joints, le médecin, le chirurgien-dentiste doit donner les soins nécessaires. Si l'incapable majeur peut émettre un avis, le médecin, le chirurgien-dentiste doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

**Article 53 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste doit être le défenseur de l'enfant malade lorsqu'il estime que l'intérêt de la santé de celui-ci est mal compris ou mal perçu par l'entourage.

**Article 54 :** Quand le médecin, le chirurgien-dentiste, appelé auprès d'un mineur, ou d'une personne handicapée constate qu'ils sont victimes de sévices, de traitements inhumains, de privations, il doit en informer les autorités compétentes.

**Article 55 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste ne doit pas s'immiscer dans les affaires de familles de ses malades.

**Article 56 :** Toute prescription, certificat, attestation ou document établi par un médecin, un chirurgien-dentiste doit être rédigé lisiblement et permettre l'identification du signataire et comporter la date et la signature du médecin ou du chirurgien-dentiste.

**Article 57 :** Sans céder à aucune demande abusive de ses malades, le médecin, le chirurgien-dentiste doit s'efforcer de leur faciliter l'obtention d'avantages sociaux auxquels leur état de santé leur donne droit. Toute fraude, abus de cotation, indications inexactes des honoraires ou des actes effectués sont interdites.

**Article 58 :** La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.



#### **Paragraphe 4 De la confraternité**

**Article 59 :** La confraternité est un devoir primordial entre médecin, entre chirurgien-dentiste. Elle doit s'exercer dans l'intérêt des malades et de la profession.

Les médecins, les chirurgiens-dentistes doivent entretenir entre-eux des rapports de confraternité et créer des sentiments de loyauté, d'estime et de confiance.

**Article 60 :** Les médecins, les chirurgiens-dentistes doivent faire preuve de solidarité humaine. Ils se doivent une assistance morale. Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'un confrère injustement attaqué.

**Article 61 :** Il est de bonne confraternité à un médecin, à un chirurgien-dentiste nouvellement installé, de rendre visite de courtoisie à ses confrères exerçants dans la même structure ou installés à proximité.

**Article 62 :** Le détournement et la tentative de détournement de clientèle sont interdits.

**Article 63 :** Il est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos capable de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

**Article 64 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste qui a un différend d'ordre professionnel avec un confrère doit rechercher la conciliation au besoin par l'intermédiaire d'un membre de la section ordinale régionale compétente.

**Article 65 :** L'avilissement d'honoraires par la pratique du rabais ou de forfait, dans un but de concurrence est interdit. Le médecin, le chirurgien-dentiste est libre, toutefois, de donner gratuitement ses soins.

**Article 66 :** Il est d'usage que le médecin, le chirurgien-dentiste, dans ses activités professionnelles donne gratuitement ses soins à un confrère ou des personnes à sa charge, aux étudiants en sciences médicales, au personnel à son service et à ses collaborateurs directs.

#### **Paragraphe 5 Rapports des médecins entre-eux des chirurgiens-dentistes entre-eux avec les membres des autres professions de santé.**

**Article 67 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste, appelé auprès d'un malade que soigne un confrère doit respecter les règles suivantes :

si le malade entend changer de médecin, de chirurgien-dentiste, il donne les soins ;

si le malade a simplement voulu demander un avis sans changer de médecin, de chirurgien-dentiste pour autant, il propose une consultation en commun ; si le malade refuse, il lui donne son avis et éventuellement les soins nécessaires ; en accord avec le malade il en informe le médecin traitant, le chirurgien-dentiste traitant ;

si le malade a appelé, en raison de l'absence de son médecin traitant, de son chirurgien dentiste traitant un autre confrère, celui-ci doit assurer les soins pendant cette absence, de cesser dès le retour du médecin traitant, du chirurgien-dentiste traitant et donner à ce dernier, en accord avec le malade, toutes informations utiles.

En cas de refus du malade, il doit informer celui-ci des conséquences que peut entraîner ce refus

**Article 68 :** Dans son cabinet le médecin, le chirurgien-dentiste, peut accueillir tous les malades qu'ils aient ou non un confrère traitant.

S'il est consulté à son cabinet par un malade à l'insu de son médecin traitant, ou de son chirurgien-dentiste traitant, il doit après accord du malade, essayer d'entrer en contact avec le confrère traitant afin d'échanger leurs informations et se faire part mutuellement de leurs observations et de leurs conclusions.

**Article 69 :** Le médecin, chirurgien-dentiste doit proposer une consultation avec un confrère dès que les circonstances l'exigent.

Il doit accepter une consultation demandée par le malade ou par son entourage. Dans les deux cas, le médecin, le chirurgien-dentiste propose le confrère consultant qu'il juge le plus qualifié, mais il doit tenir compte des désirs du malade et accepter tout confrère autorisé à exercer et inscrit au tableau. Il a la charge d'organiser les modalités de la consultation.

Si le médecin, chirurgien-dentiste ne croit pas devoir donner son agrément au choix exprimé par le malade ou par son entourage, il a la possibilité de se retirer et ne doit à personne l'explication de son retrait.

**Article 70 :** Quand au cours d'une consultation, les avis du médecin traitant, du chirurgien-dentiste traitant et de leurs confrères consultants diffèrent profondément, le malade doit en être informé.

Le médecin traitant, le chirurgien-dentiste traitant est libre de cesser ses soins si l'avis du confrère consultant prévaut auprès du malade ou de sa famille.

**Article 71 :** Un médecin, un chirurgien-dentiste qui a été appelé en consultation ne doit pas, de sa propre initiative, revenir auprès du malade examiné en commun en l'absence du médecin traitant, chirurgien-dentiste traitant ou sans son approbation au cours de la maladie ayant motivé la consultation.

**Article 72 :** Un médecin, un chirurgien-dentiste, consultant, ne doit pas sauf volonté du malade, poursuivre des soins exigés par l'état de santé du malade, quand ces soins sont de la compétence du médecin traitant, du chirurgien-dentiste traitant.

**Article 73 :** Quand plusieurs confrères collaborent pour l'examen ou le traitement d'un même malade, chacun des confrères assume ses responsabilités personnelles.

En revanche le ou les aides choisis par le médecin, ou le chirurgien-dentiste, travaillent sous leur contrôle et sous leur responsabilité.

**Article 74 :** Le médecin, chirurgien-dentiste, généraliste ne peut se faire remplacer que par des confrères généralistes ou étudiants en médecine, en chirurgie dentaire.

Le médecin, chirurgien-dentiste, spécialiste, ne peut se faire remplacer que par des confrères de même spécialité ou par un médecin, chirurgien-dentiste résident de dernière année dans la même spécialité.

Les confrères qui se font remplacer doivent en informer sans délais les sections ordinales dont ils relèvent en indiquant le nom et la qualité du remplaçant ainsi que la durée du remplacement.

**Article 75 :** Une fois le remplacement terminé et la continuité des soins assurée, le remplaçant doit cesser toute activité liée au remplacement.

**Article 76 :** Les médecins, chirurgiens-dentistes doivent, dans l'intérêt des malades, entretenir des rapports courtois et bienveillants avec les auxiliaires médicaux et les membres des autres professions de santé.

Ils doivent respecter leur indépendance professionnelle.

#### **Paragraphe 6 Règles particulières à certains modes d'exercice**

##### **A – Exercice en clientèle privée**

**Article 77 :** Les seules indications qu'un médecin, qu'un chirurgien-dentiste est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnances, cartes de visites ou annuaire professionnel sont :

Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, horaires de consultation,

Si le médecin, le chirurgien-dentiste exerce en association, le nom des confrères associés,

Les titres, fonctions et qualifications reconnus.

**Article 78 :** Les seules indications qu'un médecin, qu'un chirurgien-dentiste est autorisé à faire figurer sur les plaques à la porte de leur cabinet sont :

nom, prénom, jours et horaires de consultation, étage, titres, qualifications et fonctions reconnus conformément à l'article ci-dessus. Ces plaques qui ne peuvent dépasser vingt cinq centimètres sur trente (25x30cms) ne peuvent être apposés qu'à l'entrée du cabinet, sur la boîte aux lettres et à l'entrée de l'immeuble.

**Article 79 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste, ne doit pas installer dans l'immeuble ou exerce un confrère de même spécialité, sans l'autorisation de la section ordinaire régionale compétente.

**Article 80 :** Dans les cabinets de groupe, l'exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Le libre choix du médecin, du chirurgien-dentiste par le malade doit être respecté.

Tout document, ordonnance, certificat, doit porter le nom du praticien dont il émane et être signé par lui.

**Article 81 :** La mise en commun des honoraires est autorisée si les médecins et si les chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet de groupe pratiquent tous la médecine générale, ou la chirurgie dentaire générales, ou sont spécialistes dans la même spécialité.

**Article 82 :** Un médecin, un chirurgien-dentiste soit pendant, soit après ses études, ayant remplacé un de ses confrères pendant une période supérieure à trois mois ne doit pas s'installer pendant un délai d'un an, dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin, le chirurgien-dentiste qu'il a remplacé, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié à la section ordinaire régionale compétente.

Lorsque cet accord ne peut être obtenu, le cas doit être soumis à la section ordinaire régionale compétente.

**Article 83 :** L'exploitation d'un cabinet dentaire par un chirurgien-dentiste remplissant les conditions légales d'exercice de la profession est subordonnée à la détention du droit de jouissance, en vertu de titres réguliers, d'un local professionnel, d'un mobilier meublant, d'un matériel technique pour recevoir et soigner les patients. En cas d'exécution de prothèse dentaire, il doit disposer d'un local distinct et d'un équipement approprié.

Le chirurgien-dentiste exploitant un cabinet dentaire doit conserver sous sa garde et en tant que sa propriété, l'intégralité du dossier contenant les renseignements personnels relatifs à chaque patient.

La section ordinaire responsable des chirurgiens-dentistes peut vérifier à tout moment que les conditions exigées sont remplies.

**Article 84 :** Les acomptes versés au titre de soins ou de prothèses dentaires ne sont pas remboursables quand l'interruption des soins est de la responsabilité du patient.

## **B – Exercice salarié de la médecine**

**Article 85 :** Le fait pour un médecin, un chirurgien-dentiste d'être lié dans son exercice professionnel, par un contrat ou un statut à une administration, à une collectivité, ou tout autre organisme public ou privé, n'enlève en rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

Il doit toujours agir, en priorité dans l'intérêt de la santé des personnes qu'il examine et dans l'intérêt de leur sécurité au sein des entreprises ou collectivités dont il est responsable.

**Article 86 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste ne peut accepter une rémunération basée sur des normes de productivité ou de rendement horaire qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance professionnelle.

**Article 87 :** L'exercice habituel de la médecine, de la chirurgie dentaire sous quelque forme que ce soit au sein d'une entreprise, d'une collectivité, d'une clinique ou de toute autre institution doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Tout projet de contrat peut être communiqué à la section ordinaire régionale compétente qui doit faire connaître ses observations.

**Article 88 :** Les dispositions de l'article précédent ne sont pas applicables aux médecins, chirurgiens-dentistes exerçant dans les structures placées sous l'autorité du ministre chargé de la santé.

**Article 89 :** Les médecins et les chirurgiens-dentistes qui exercent dans une entreprise, une collectivité, une clinique ou tout autre institution ne peuvent user de leur fonction pour accroître leur clientèle.

## **C) Exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire de contrôle.**

**Article 90 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste chargé d'une mission de contrôle doit faire connaître à la personne soumise à son contrôle qu'il l'examine en tant que médecin contrôleur ou chirurgien-dentiste contrôleur.

Il doit être circonspect dans ses propos et s'interdire toute révélation ou toute interprétation.

Il doit être parfaitement objectif dans ses conclusions.

**Article 91 :** Le médecin, le chirurgien-dentiste, chargé du contrôle est tenu au secret vis-à-vis de l'administration ou de l'organisme qui l'emploie. Les renseignements médicaux contenus dans les dossiers établis par ce médecin ou ce chirurgien-dentiste ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical, ni à une autre administration.

**Article 92 :** Le médecin contrôleur, le chirurgien-dentiste contrôleur, ne doit en aucun cas donner une appréciation sur le traitement effectué et doit s'abstenir rigoureusement de toute thérapeutique.

Si à l'occasion d'un examen il se trouve en désaccord avec le médecin traitant, le chirurgien-dentiste traitant sur le diagnostic, il doit le lui signaler personnellement. En cas de difficulté à ce sujet il en fait part au président de la section ordinaire régionale compétente.

**Article 93 :** Nul ne peut être, pour un même malade, médecin contrôleur et médecin traitant, chirurgien-dentiste contrôleur et chirurgien-dentiste traitant.

**Article 94 :** Le médecin contrôleur, le chirurgien-dentiste contrôleur ne peut recevoir d'honoraires de la part du malade contrôlé.

## **D - Exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire d'expertise**

**Article 95 :** L'expertise médicale est un acte par lequel un médecin, un chirurgien-dentiste désigné par un magistrat, une autorité ou autre instance prête son concours technique afin d'apprécier l'état physique ou mental d'une personne, puis généralement d'en évaluer les conséquences qui ont des incidences pénales ou civiles.

**Article 96 :** Le médecin expert, le chirurgien-dentiste expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer de sa mission la personne examinée.

**Article 97 :** Nul ne peut être à la fois, pour un même malade, médecin expert et médecin traitant, chirurgien-dentiste expert et chirurgien-dentiste traitant. Un médecin, un chirurgien-dentiste ne doit pas accepter une mission dans laquelle sont en jeu les intérêts d'un de ses clients, d'un de ses amis, d'un de ses proches ou d'un groupement qui fait appel à ses services. Il en est de même lorsque ses propres intérêts sont en jeu.

**Article 98 :** Le médecin expert ou contrôleur, le chirurgien-dentiste expert ou contrôleur doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale.

**Article 99 :** Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert, le chirurgien-dentiste expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir la réponse aux questions posées dans la décision qui l'a nommé. Hors de ces limites, le médecin expert, le chirurgien-dentiste expert doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

## **Paragraphe 7 Dispositions diverses**

**Article 100 :** Dans le cas où ils sont interrogés en matière disciplinaire, les médecins, les chirurgiens-dentistes sont, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, tenus de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à leur connaissance.

**Article 101 :** Toute déclaration volontairement inexacte faite à la section ordinaire compétente par un médecin, un chirurgien-dentiste, peut donner lieu à des poursuites disciplinaires.

**Article 102 :** Les médecins, les chirurgiens-dentistes qui cessent d'exercer sont tenus d'en avertir la section ordinaire régionale compétente.

Celle-ci donne acte de sa décision et en informe la section ordinaire nationale compétente.

**Article 103 :** Le cabinet du médecin et du chirurgien-dentiste sont inviolables. Toute personne ne peut intervenir que dans le cadre de la législation et de la réglementation.

**Chapitre III**  
**Règles de déontologie des pharmaciens**  
**Paragraphe 1**  
**Devoirs généraux**

**A – Dispositions générales**

**Article 104 :** Il est du devoir de tout pharmacien de respecter et de défendre sa profession. Il doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.

**Article 105 :** Il est interdit à tout pharmacien d'exercer en même temps que sa profession une autre activité incompatible avec la dignité et l'éthique professionnelle, ou au contraire à la réglementation en vigueur.

**B – Du concours du pharmacien à l'œuvre de protection de la santé**

**Article 106 :** Le pharmacien est au service du public. Il doit faire preuve du même dévouement envers tous les malades, quelle que soit leur condition sociale, leur nationalité, leur religion, leur idéologie, leur sexe, leur âge, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

**Article 107 :** Quelque soit sa fonction ou sa spécialité, hors le cas de force majeure, le pharmacien, doit dans la limite de ses connaissances, porter secours à un malade en danger immédiat, si des soins médicaux ne peuvent lui être assurés sur le moment.

**Article 108 :** En cas de catastrophe, le pharmacien ne peut quitter son poste qu'après accord écrit des autorités compétentes. Le pharmacien ne peut fermer son officine qu'après s'être assuré que les malades pourront recevoir chez un autre pharmacien, suffisamment proche, les secours dont ils auront besoin.

**Article 109 :** Il est du devoir du pharmacien de prêter son concours à toute œuvre entreprise par les pouvoirs publics en vue de la protection et de la promotion de la santé.

**Article 110 :** Le pharmacien a le droit et le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

**Article 111 :** Sauf indication thérapeutique soigneusement établie, le pharmacien est tenu de veiller à prévenir le développement de toute toxicomanie et toute pratique de dopage.

**Article 112 :** Le pharmacien ne doit favoriser, ni par ses conseils, ni par ses actes, des pratiques contraires aux bonnes mœurs.

**Article 113 :** Le secret professionnel s'impose à tout pharmacien, sauf dérogations prévues par la loi.

**Article 114 :** Afin d'assurer le respect du secret professionnel, le pharmacien s'abstiendra de discuter en public, notamment à l'officine, des questions relatives aux maladies de ses clients. En outre, il veillera au respect de la confidentialité de l'acte pharmaceutique et évitera toute allusion de nature à compromettre le secret professionnel dans ses publications.

**C – De la responsabilité et de l'indépendance du pharmacien**

**Article 115 :** L'exercice professionnel de la pharmacie consiste pour le pharmacien à préparer, fabriquer, contrôler, gérer, dispenser lui-même les produits pharmaceutiques et à procéder à des analyses médicales.

Il est tenu de surveiller attentivement l'exécution de tous les actes pharmaceutiques qu'il n'accomplit lui-même.

**Article 116 :** Toute officine, laboratoire d'analyses ou établissement pharmaceutique doit porter de façon apparente le nom du ou des pharmaciens titulaires ou, s'il s'agit d'un établissement pharmaceutique exploité par une société, le nom du ou des pharmaciens responsables ou gérants.

**Article 117 :** Le pharmacien titulaire d'une officine, d'un laboratoire ou d'un établissement pharmaceutique, qui se fait suppléer dans ses fonctions par un pharmacien assistant, doit s'assurer de l'inscription préalable de ce dernier au tableau de la section ordinaire des pharmaciens

**Article 118 :** S'il est dans l'incapacité d'exercer personnellement, et s'il ne se fait pas remplacer conformément aux dispositions réglementaires, aucun pharmacien ne doit maintenir ouverte une officine, un laboratoire d'analyses ou un établissement pharmaceutique.

**Article 119 :** Le pharmacien ne doit en aucun cas, conclure de convention tendant à l'aliénation, sous quelque forme que ce soit, de son indépendance technique dans l'exercice de sa profession.

**Article 120 :** Le fait, pour un pharmacien lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité, une entreprise, ou tout autre organisme public ou privé, n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance technique de ses décisions.

Dans l'intérêt de la santé publique, le pharmacien ne peut accepter en aucune circonstance de limitation à son indépendance technique de la part de l'entreprise qui l'emploie.

**Article 121 :** L'officine, le laboratoire d'analyse ou l'établissement pharmaceutique sont inviolables. Toute perquisition ne peut intervenir que dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur.

**Article 122 :** Lorsqu'un pharmacien est investi d'une mission d'expertise ou de contrôle, il doit se récuser :

si les questions posées sont étrangères à la technique pharmaceutique,

s'il estime que les questions qui lui sont posées dépassent ses compétences,

s'il est chargé d'une mission dans laquelle sont en jeu les intérêts d'un de ses clients, d'un de ses amis, d'un de ses proches ou d'un groupement qui fait appel à ses services ; il en est de même lorsque ses propres intérêts sont en jeu.

Dans la rédaction de son rapport, le pharmacien expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir la réponse aux questions posées.

**Article 123 :** Il est interdit aux pharmaciens d'accepter ou de proposer une rémunération qui ne soit pas proportionnée, compte-tenu des usages, avec les fonctions et les responsabilités qu'ils assument.

**D- De la tenue des établissements pharmaceutiques.**

**Article 124 :** La fabrication, le contrôle, la gestion, la dispensation des médicaments, et plus généralement tous les actes pharmaceutiques doivent être effectués conformément aux règles de l'art.

**Article 125 :** Les établissements pharmaceutiques, les laboratoires d'analyses et les officines doivent être installés dans des locaux bien adaptés aux activités qui s'y exercent et convenablement équipés et tenus.

**Article 126 :** Tout produit se trouvant dans un établissement pharmaceutique, laboratoire d'analyses ou officine doit pouvoir être identifié par son nom qui doit être porté sur une étiquette disposée de façon appropriée. Cette étiquette doit être conforme aux prescriptions de la réglementation pharmaceutique en vigueur.

**Paragraphe 2**

**Interdiction de certains procédés dans la recherche de la clientèle.**

**A- De la publicité**

**Article 127 :** Les pharmaciens doivent s'interdire de solliciter la clientèle par des procédés et moyens contraires à la dignité de leur profession même lorsque ces procédés et moyens ne sont expressément prohibés par la législation en vigueur.

**Article 128 :** Dans l'exercice de sa profession, le pharmacien ne doit accompagner son nom que des titres universitaires hospitaliers et scientifiques reconnus.

**Article 129 :** A l'exception de celles qu'impose la législation commerciale ou industrielle, les seules indications que les pharmaciens puissent faire figurer sur leur en-tête, papiers d'affaires ou dans les annuaires sont : celles qui facilitent leurs relations avec leurs clients ou fournisseurs telles que : nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, jours et heures d'ouvertures, numéro de comptes bancaires ou postaux, L'énoncé des différentes activités qu'ils exercent, Les titres et fonctions prévus à l'article 128.

**Article 130 :** Toute information sur les produits pharmaceutiques doit être véridique et loyale.

#### **B – De la concurrence déloyale**

**Article 131 :** Le pharmacien doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son pharmacien. Il lui est rigoureusement interdit d'accorder directement ou indirectement aux clients des avantages autres que ceux prévus par la législation en vigueur.

**Article 132 :** Le pharmacien doit vendre les médicaments et accessoires pharmaceutiques aux prix légaux.

**Article 133 :** Les pharmaciens doivent se refuser à établir tout certificat ou attestation de complaisance.

**Article 134 :** Les pharmaciens investis d'un mandat électif ou d'une fonction administrative ne doivent pas en user pour accroître leur clientèle.

#### **C – Prohibition de certaines conventions ou ententes**

**Article 136 :** Sont réputés contraires à la moralité professionnelle toute convention ou tout acte ayant pour objet de spéculer sur la santé, ainsi que le partage entre des tiers de la rémunération du pharmacien. Sont interdits en particulier :

tous versements ou acceptations de sommes d'argent non explicitement autorisés entre les pharmaciens et toutes autres personnes,

toutes ristournes en argent ou en nature sur le prix d'un produit ou d'un service,

tout acte de nature à procurer à un client un avantage illicite,

toute facilité accordée à quiconque qui se livre à l'exercice illégal de la pharmacie.

**Article 136 :** Tout compérage entre pharmaciens, médecins et chirurgiens-dentistes, auxiliaires médicaux ou tout autre personne est interdit.

**Article 137 :** Ne sont pas comprises dans les ententes et conventions prohibées entre pharmaciens et membres du corps médical celles qui tendent au versement de droits d'auteurs ou d'inventeurs.

**Article 138 :** Les pharmaciens peuvent recevoir des redevances qui leur seraient reconnues pour leur contributions à l'étude ou à la mise au point des médicaments ou d'appareils dès lors que ceux-ci ont été prescrits ou conseillés par d'autres qu'eux mêmes.

**Article 139 :** Les comptes-rendus d'analyses émanant d'un laboratoire d'analyses peuvent porter facultativement les titres hospitaliers et scientifiques du directeur de ce laboratoire. Ils doivent toujours en porter la signature, même si les analyses ont été faites pour le compte d'un pharmacien ne possédant de laboratoire enregistré ou agréé.

#### **Paragraphe 3**

##### **Relations avec l'administration**

**Article 140 :** Les pharmaciens doivent s'efforcer de maintenir des relations confiantes avec les autorités administratives, des lors que l'intérêt de la santé publique doit primer.

**Article 141 :** Les pharmaciens doivent accorder aux inspecteurs de la pharmacie, dans l'officine, le laboratoire d'analyses ou l'établissement pharmaceutique qu'ils dirigent, toutes facilités pour qu'ils puissent accomplir leur mission.

**Article 142 :** Tout pharmacien qui s'estime lésé par l'administration peut saisir la section ordinaire régionale compétente.

#### **Paragraphe 4**

##### **Des règles à observer dans les relations avec le public.**

**Article 143 :** Chaque fois qu'il est nécessaire, le pharmacien doit inciter ses clients à consulter un médecin.

**Article 144 :** Le pharmacien doit faire une analyse de prescription, tant sur le plan qualitatif que quantitatif à éliminer toute erreur éventuelle de posologie, de contre-indication ou d'interférence médicamenteuses passée inaperçue, et en avisant si nécessaire le prescripteur qui modifiera sa prescription. Si cette dernière n'est pas modifiée, elle ne peut être honorée que si le prescripteur le confirme par écrit. En cas de désaccord, et s'il juge nécessaire, il doit se refuser à le faire, et en avisant la section ordinaire régionale.

**Article 145 :** Le pharmacien a le droit de substituer une spécialité pharmaceutique par une autre << essentiellement similaire >> et, sous réserve des dispositions de l'article 144, il ne peut en changer ni la forme ni le dosage.

**Article 146 :** Le pharmacien doit répondre avec circonspection aux demandes faites par les malades ou par leurs préposés pour connaître la nature de la maladie traitée ou la valeur des moyens curatifs prescrits ou appliqués.

**Article 147 :** Le pharmacien doit s'abstenir de formuler un diagnostic ou un pronostic sur la maladie au traitement de laquelle il est appelé à collaborer.

Il doit notamment éviter de commenter médicalement auprès des malades ou de ses préposés les conclusions des analyses qui lui sont demandées.

**Article 148 :** Le pharmacien doit s'interdire de s'immiscer dans les affaires de famille de ses clients.

#### **Paragraphe 5**

##### **Relations avec les membres des professions médicales**

###### **A – Relations avec les membres des professions non pharmaceutiques**

**Article 149 :** Les pharmaciens doivent entretenir entre eux et avec les autres membres du corps médical des rapports de bonne confraternité et de respect mutuel. Ils doivent, dans leurs rapports professionnels, respecter l'indépendance de ceux-ci.

**Article 150 :** La citation, des travaux scientifiques dans une publication, de quelque nature qu'elle soit, doit être fidèle et scrupuleusement loyale.

**Article 151 :** Les pharmaciens doivent éviter tout agissement tendant à nuire aux autres membres du corps médical vis à vis de leur clientèle.

**Article 152 :** Les pharmaciens doivent veiller à ce que des consultations médicales ne soient jamais données dans l'officine et par qui que ce soit.

###### **B – Relation des pharmaciens avec leurs collaborateurs**

**Article 153 :** Les pharmaciens doivent traiter avec équité et bienveillance tous ceux qui collaborent avec eux.

**Article 154 :** Les pharmaciens doivent veiller à ce que les personnes qui les assistent dans leur travail soient instruites, et ils doivent exiger d'eux une conduite en accord avec les règles de la profession et les prescriptions des présentes règles de déontologie.

**Article 155 :** Les pharmaciens assistants doivent être traités en confrères par les titulaires qu'ils assistent et par les autres pharmaciens.

###### **C – Devoirs des maîtres de stage**

**Article 156 :** Le pharmacien qui reçoit un étudiant stagiaire doit lui donner une instruction pratique en l'associant aux activités techniques de son officine, de son laboratoire ou de son établissement pharmaceutique. Il doit lui inculquer l'amour et le respect de la profession et lui donner l'exemple des qualités professionnelles.

**Article 157 :** L'étudiant stagiaire doit fidélité, obéissance et respect à son maître de stage qui doit l'aider dans la mesure de ses connaissances.



## **D – Devoirs de confraternité**

**Article 158 :** Tous les pharmaciens se doivent mutuellement aide et assistance pour l'accomplissement de leurs devoirs professionnels ; en toutes circonstances, ils doivent faire preuve de loyauté les uns envers les autres et de solidarité.

**Article 159 :** Il est interdit de calomnier son confrère, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'un confrère injustement attaqué.

**Article 160 :** Tout contrat passé entre pharmaciens doit être sincère et juste. Les obligations qui en découlent doivent être accomplies dans un esprit de fraternité.

**Article 161 :** Les pharmaciens doivent s'interdire d'inciter les collaborateurs d'un confrère à quitter celui-ci.

**Article 162 :** En raison de leur devoir de confraternité les pharmaciens qui ont entre-eux un différend d'ordre professionnel doivent se réconcilier à l'amiable. En cas d'échec ils soumettent leur différend à la section ordinaire compétente.

## **Titre II CONSEILS DE DEONTOLOGIE MEDICALE**

### **Chapitre I**

#### **Dispositions préliminaires**

**Article 163 :** Le conseil national de déontologie médicale a son siège à Alger.

**Article 164 :** Les organes du conseil national de déontologie sont :

l'assemblée générale composée de tous les membres des sections ordinaires nationales, des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens.

Le conseil composé des membres des bureaux des sections ordinaires nationales des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens,

Le bureau composé des présidents et d'un membre élu de chaque section ordinaire. Le membre élu est du secteur public quand le président est du secteur privé et vice-versa.

**Article 165 :** La présidence du conseil national de déontologie médicale est assurée à tour de rôle et à durée égale par les présidents des trois sections ordinaires nationales.

Les deux (2) présidents des sections ordinaires nationales n'assumant pas la présidence sont vice-présidents du conseil national de déontologie médicale.

**Article 166 :** Le conseil national est compétent pour toutes les questions d'intérêt commun aux médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens concernant l'application des dispositions du présent décret.

il gère le patrimoine,

il est en justice,

il fixe le montant et les modalités d'utilisation de la cotisation annuelle,

il exerce le pouvoir disciplinaire à travers les sections ordinaires qui le composent.

**Article 167 :** Les organes du conseil régional sont :

l'assemblée générale composée des membres des sections ordinaires régionales qui le composent,

le bureau régional composé des présidents et d'un membre élu de chaque section ordinaire régionale.

Le membre élu est du secteur public quand le président de la section ordinaire est du secteur privé et vice-versa.

**Article 168 :** Il est institué 12 conseils régionaux désignés et composés comme suit :

1 – conseil régional d'Alger : wilaya d'Alger.

2 – conseil régional d'Oran : wilayas d'Oran, Mostaganem, Mascara.

3 – conseil régional de Constantine : wilayas de Constantine, Mila, Jijel, Oum El Bouaghi.

4 – conseil régional d'Annaba : wilayas d'Annaba, Skikda, El Tarf, Guelma, Souk Ahras.

5 – conseil régional de Blida : wilayas de Blida, Tipaza, Médéa, Djelfa.

6 – conseil régional de Tizi Ouzou : wilayas de Tizi Ouzou, Bejaïa, Bouira, Boumerdès.

7 – conseil régional de Tlemcen : wilayas de Tlemcen, Ain-Témouchent, Saida, Sidi-Belabbes.

8 – conseil régional de Batna : wilayas de Batna, Biskra, El Oued, Khenchela, Tébessa.

9 – conseil régional de Sétif : wilayas de Sétif, M'sila, Bordj Bou Arréridj.

10 – conseil régional de Chlef : wilayas de Chlef, Ain Defla, Relizane, Tiaret, Tissemsilt.

11 – conseil régional de Ghardaïa : wilayas de Ghardaïa, Ouargla, Laghouat, Tamnaghasset, Illizi.

12 – conseil régional de Bechar : wilayas de Bechar, Adrar, El Bayadh, Naama, Tindouf.

**Article 169 :** Le conseil régional est compétent au niveau de sa région pour toutes les questions d'intérêt commun aux trois sections ordinaires qui le composent.

Il exerce le pouvoir disciplinaire à travers les sections ordinaires régionales qui le composent.

**Article 170 :** Les modalités d'organisation des travaux et de fonctionnement des conseils régionaux et du conseil national sont fixées par le règlement intérieur.

**Article 171 :** Les sections ordinaires veillent au respect par tous leurs membres des règles de déontologie et des dispositions édictées dans le présent décret. En outre :

elles assurent la défense de l'honneur, la dignité et l'indépendance des professions médicales.

Elles peuvent organiser toute œuvre d'entraide au bénéfice de ses membres ou de leurs ayants droit

Elles ont la charge d'adapter les dispositions du présent code aux nécessités des professions médicales en constante évolution technique, économique et sociale et les faire évoluer dans l'intérêt des malades.

Elles sont les interlocuteurs et les conseillers naturels des pouvoirs publics,

Elles formulent des avis sur des projets de lois et règlements relatifs aux professions médicales.

### **Chapitre II**

#### **Dispositions générales**

**Article 172 :** Les sections ordinaires sont composées, chacune en ce qui la concerne, des médecins, de chirurgiens-dentistes et de pharmaciens de nationalité algérienne inscrits au tableau et à jour de leur cotisation.

**Article 173 :** Sous réserves des dispositions de l'article 218 ci-dessous, sont éligibles aux sections régionales les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens âgés de 35 ans au moins inscrits au tableau depuis 5 ans au moins et n'ayant pas encouru de condamnation infamantes. Est pris en compte pour le calcul du temps nécessaires à l'éligibilité, celui pendant lequel ceux-ci auront exercé dans les services de la santé militaire ou au titre du service national.

**Article 174 :** Le vote est un droit et devoir. Il peut se faire par correspondance. Le vote par procuration n'est pas autorisé.

Le vote est à bulletin secret.

**Article 175 :** Les membres des sections ordinaires sont élus pour une durée de quatre (4) ans renouvelable par moitié tous les deux (2) ans.

Ils sont rééligibles.

**Article 176 :** En cas de contestation, les élections des sections ordinaires régionales peuvent être déferées à la section ordinaire nationale par tout membre ayant droit de vote dans un délai de quinze (15) jours à partir du jour des élections.

**Chapitre III**  
**Les sections ordinales régionales**  
**Paragraphe 1**

**Dispositions communes**

**Article 177 :** La section ordinale régionale exerce dans les limites de sa région les attributions définies à l'article 171. Elle veille à l'exécution des décisions du conseil national de déontologie médicale et de la section ordinale nationale correspondante.

En matière administrative :

elle enregistre l'inscription au tableau,

elle est consultée sur les demandes d'installation et de transfert ainsi qu'en matière de contrats et de baux de locaux à usage professionnel,

elle statue en application du code de déontologie sur :

la conformité des conditions d'installation et d'exercice,

le contrôle du libellé des plaques.

En matière disciplinaire, elle exerce la compétence disciplinaire en première instance.

**Article 178 :** Les sections ordinales régionales ont un pouvoir de conciliation à l'occasion de litiges nés entre malades et médecins, chirurgiens-dentistes ou pharmaciens ; entres médecins eux-mêmes, chirurgiens-dentistes eux-mêmes, pharmaciens eux-mêmes, entre l'administration et les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens.

**Article 179 :** Lorsque la section ordinale régionale mise dans l'impossibilité de fonctionner, le président de la section ordinale correspondante nomme une délégation de six (6) membres qui exerce toutes les attributions de la section ordinale régionale jusqu'à l'élection de la section ordinale régionale qui doit intervenir dans les trois (3) mois.

**Article 180 :** Les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens doivent obligatoirement, verser annuellement leurs cotisations auprès des sections ordinales régionales respectives, sous peine de sanctions.

**Paragraphe 2**

**Section ordinale des médecins Section ordinale des chirurgiens-dentistes**

**Article 181 :** Le nombre des membres de la section ordinale régionale des médecins est selon le nombre des médecins inscrits au dernier tableau, fixé comme suit :

0 à 1000 : 12 membres,

1001 à 2500 : 24 membres

plus de 2501 : 36 membres.

Le nombre des membres de la section ordinale régionale des chirurgiens-dentistes est selon le nombre des chirurgiens-dentistes inscrits au tableau, fixé comme suit :

0 à 400 : 12,

401 et plus : 24

**Article 182 :** La section ordinale élit en son sein un président et un bureau. Le bureau est composé :

d'un président,

d'un vice président,

d'un secrétaire,

d'un trésorier,

de deux assesseurs.

**Article 183 :** La répartition des sièges de la section ordinale des médecins, de la section ordinale des chirurgiens-dentistes est fixée comme suit :

secteur public : 50%,

secteur privé : 50 %.

**Article 184 :** Le secteur public se répartit en deux catégories :

secteur de santé publique,

secteur hospitalo-universitaire.

**Article 185 :** La répartition des sièges du secteur public est fixée comme suit :

conseils régionaux d'Alger, Oran, Constantine et Annaba :

moitié pour le secteur de santé publique,

moitié pour le secteur hospitalo-universitaire,

conseils régionaux de Blida, Tizi Ouzou, Tlemcen, Batna et Sétif :

deux tiers pour le secteur de santé publique,

un tiers pour le secteur hospitalo-universitaire,

conseils régionaux de Chlef, Ghardaïa et Bechar,

les sièges du secteur public reviennent en totalité au secteur de santé publique.

**Article 186 :** Chaque wilaya doit être représentée, par au moins, un membre au niveau de la section ordinale des médecins et de la section ordinale des chirurgiens dentistes.

**Paragraphe 3**

**Section ordinale des pharmaciens**

**Article 187 :** Les pharmaciens inscrits au tableau sont groupés en catégories en fonction du mode d'exercice :

catégorie 1 : pharmaciens d'officines,

catégorie 2 : pharmaciens distributeurs, gérants, assistants et remplaçants

catégorie 3 : pharmaciens d'industrie,

catégorie 4 : pharmaciens des hôpitaux,

catégorie 5 : pharmaciens biologistes,

catégorie 6 : pharmaciens hospitalo-universitaires.

**Article 188 :** Le nombre des membres titulaires de la section ordinale des pharmaciens est fixé comme suit :

région d'Alger : 36 membres élus à raison de 6 membres par catégorie,

région d'Oran, Constantine, Annaba, Tlemcen, Tizi Ouzou, Blida : 24 membres à raison de 4 membres par catégorie,

région de Chlef, Sétif, Batna, Ghardaïa, Béchar : 12 membres à raison de 2 membres par catégorie.

Dans tous les cas de vote, les pharmaciens venant en rang utile, au niveau de chaque wilaya d'abord, et au niveau de chaque catégorie ensuite doivent figurer parmi les membres élus, quel que soit le nombre de voix obtenues.

**Article 189 :** A défaut de candidatures dans l'une ou l'autre des catégories de la section ordinale régionale des pharmaciens, les sièges restants à pourvoir seront attribués selon le rang utile.

**Article 190 :** Les membres sont élus au suffrage direct par l'ensemble des pharmaciens inscrits au tableau.

**Article 191 :** Outre les dispositions prévues à l'article 171, la section ordinale régionale des pharmaciens est consultée en matière de demande d'installation et de transferts d'officines et d'établissements pharmaceutiques ainsi qu'en matière de contrats et de baux de locaux à usage professionnel.



**Chapitre IV**  
**Les sections ordinales nationales**  
**Paragraphe 1**

**Dispositions communes**

**Article 192 :** Les sections ordinales nationales remplissent sur le plan national la mission définie à l'article 171 du présent décret. Elles contrôlent la gestion des sections ordinales régionales.

**Article 193 :** L'assemblée générale de chaque section ordinale nationale est composée des membres des sections régionales correspondantes.

Elle est souveraine.

Elle élit en son sein les membres de la section ordinale nationale.

Elle se réunit en session ordinale une fois par an et en session extraordinaire chaque fois que de besoin.

**Paragraphe 2**

**Section ordinale des médecins**

**Section ordinale des chirurgiens dentistes**

**Article 194 :** La section ordinale des médecins comprend 48 membres titulaires.

La section ordinale des chirurgiens dentistes comprend 36 membres titulaires.

**Article 195 :** La répartition des sièges est fixée comme suit :

50% secteur public

50% secteur privé

**Article 196 :** La répartition des sièges est fixée comme suit :

deux tiers : secteur de santé publique

un tiers : secteur hospitalo-universitaire

**Article 197 :** Les sections ordinales nationales des médecins, des chirurgiens dentistes élisent en leur sein un bureau qui comprend :

le président,

4 vice-présidents,

un secrétaire général,

un secrétaire général adjoint,

un trésorier,

un trésorier adjoint,

trois assesseurs.

Le président représente la section ordinale nationale dans tous les actes de la vie civile.

En cas d'empêchement ou de maladie du président, la section ordinale nationale des médecins et des chirurgiens dentistes est présidée par un vice-président.

**Article 198 :** Il est créé au sein de la section ordinale nationale cinq commissions :

commission déontologie,

commission exercice de la profession et qualifications,

commission sociale et des finances,

commission démographie médicale, statistiques,

commission discipline.

**Paragraphe 3**

**Section ordinale des pharmaciens**

**Article 199 :** La section ordinale nationale est composée de 36 membres à raison de six membres par catégories.

**Article 200 :** La section ordinale nationale des pharmaciens élit en son sein un bureau qui comprend :

un président,

5 vice-présidents,

un secrétaire,

un secrétaire adjoint,

un trésorier,

un trésorier adjoint,

deux assesseurs,

**Article 201 :** Le président de la section ordinale nationale des pharmaciens représente cette dernière dans tous les actes de la vie civile.

Il peut déléguer tout ou partie de ses attributions à un vice président.

En cas d'empêchement ou de maladie du président, la section ordinale nationale des pharmaciens est présidée par un vice président.

**Article 202 :** Outre la mission définie aux articles 171 et 192 la section ordinale nationale des pharmaciens :

donne son avis sur les vacances et créations nouvelles d'offices, laboratoires d'analyses, d'établissements pharmaceutiques et en général sur toute question se rapportant à la pharmacie et à la profession pharmaceutique,

peut créer et subventionner des œuvres intéressant la profession des pharmaciens ainsi que des caisses de secours pour ses membres inscrits au tableau,

autorise le président à ester en justice, à accepter tous dons et legs, à transiger, à compromettre, à consentir toute aliénation ou hypothèque, à acquérir à titre onéreux, à contracter tout emprunt.

**Article 203 :** Chaque membre peut faire inscrire à l'ordre du jour toute question ayant un caractère strictement professionnel.

La liste des questions portées à l'ordre du jour doit parvenir à chaque membre, en même temps que la convocation, au moins huit jours avant la date fixée pour la réunion.

**Chapitre 5**

**De l'inscription**

**Article 204 :** Nul ne peut exercer la profession de médecin, chirurgien-dentiste, de pharmacien en Algérie s'il n'est inscrit au Tableau, sous peine d'encourir les sanctions prévues par la loi. Cette disposition ne s'applique pas toutefois aux médecins, aux chirurgiens dentistes, aux pharmaciens en activité dans les services de la santé militaire ainsi qu'à ceux n'exerçant pas effectivement la médecine, la chirurgie dentaire ou la pharmacie.

**Article 205 :** L'inscription sur un Tableau rend licite l'exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire et de la pharmacie sur tout le territoire national.

**Article 206 :** Les sections ordinales régionales et nationales doivent établir et tenir à jour un Tableau auquel ne peuvent être inscrits que les médecins, les chirurgiens dentistes et les pharmaciens remplissant les conditions légales requises.

**Article 207 :** En cas de refus d'inscription, la décision doit être motivée. Aucun refus d'inscription ne peut être décidé sans que l'intéressé n'ait été entendu ou dûment appelé huit jours au moins avant la date prévue pour l'examen de sa demande.

**Article 208 :** Les décisions des sections régionales rendues en matière d'inscription au Tableau peuvent faire l'objet d'un recours auprès de la section ordinale nationale correspondante dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision.

**Article 209 :** Sont omis du Tableau :

Les médecins, les chirurgiens dentistes, les pharmaciens qui sont empêchés d'exercer leur profession par suite de maladie ou d'infirmité grave et permanente.

Les médecins, les chirurgiens dentistes, les pharmaciens qui sans motif légitime n'exercent pas leur profession pendant six mois au moins.

Les médecins, les chirurgiens dentistes, les pharmaciens frappés d'une interdiction d'exercer.

Les médecins, les chirurgiens dentistes, les pharmaciens placés en position de service national.

L'omission au tableau cesse de plein droit lorsque la cause qui l'avait motivée prend fin.

### TITRE III

#### DE LA DISCIPLINE

##### Chapitre 1

##### Dispositions communes

**Article 210 :** Le conseil national et les conseils régionaux peuvent être saisis par l'autorité judiciaire à chaque fois qu'une action en responsabilité d'un membre du corps médical est engagée. Ils peuvent se constituer partie civile. Le conseil régional peut être saisi par le conseil national pour des manquements aux règles de déontologie et sur toute disposition du présent décret.

**Article 211 :** Tout médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien peut être traduit, devant la section ordinaire régionale compétente à l'occasion de fautes commises dans l'exercice de ses fonctions. Si la plainte vise un membre de la section ordinaire régionale, la section ordinaire nationale désigne la section ordinaire régionale compétente. Si la plainte vise un membre de commission nationale de discipline, et en cas de recours, ce dernier ne siège pas au sein de la commission de discipline.

**Article 212 :** Le président de la section ordinaire régionale, saisi d'une plainte, l'enregistre, la notifie dans les quinze jours à l'intéressé mis en cause.

**Article 213 :** Aucune décision ne peut être prononcée sans que l'intéressé mis en cause n'ait été entendu ou appelé à comparaître dans un délai de quinze jours. La commission disciplinaire peut statuer hors sa présence, si l'intéressé ne répond pas à une deuxième convocation.

**Article 214 :** Sauf en cas de force majeure, l'intéressé mis en cause doit comparaître en personne.

**Article 215 :** Les médecins, les chirurgiens dentistes, pharmaciens mis en cause peuvent se faire assister d'un défenseur-confrère inscrit au Tableau ou d'un avocat à l'exclusion de toute autre personne. Les membres des sections ordinaires régionales et nationales ne peuvent être choisis comme défenseurs. Ils peuvent exercer devant la section ordinaire régionale et/ou nationale le droit de récusation pour des motifs légitimes souverainement appréciés par le bureau du conseil régional ou national.

**Article 216 :** La section ordinaire régionale saisie d'une plainte doit statuer dans les quatre mois à compter de la date de son dépôt.

**Article 217 :** Les sanctions disciplinaires que le conseil régional peut prendre sont :  
l'avertissement,  
le blâme.

Il peut également proposer aux autorités administratives compétentes conformément à l'article 17 de la loi n° 85-05, l'interdiction d'exercer la profession et/ou la fermeture d'établissement.

**Article 218 :** L'avertissement, le blâme emportent la privation du droit d'éligibilité pendant une durée de trois ans.

L'interdiction temporaire d'exercer la profession entraîne la privation du droit d'éligibilité pendant une durée de cinq ans.

**Article 219 :** Si la décision est intervenue sans que l'intéressé mis en cause n'ait été entendu, celui-ci peut faire opposition, dans un délai de dix jours à compter de la date de notification par lettre recommandée avec avis de réception.

**Article 220 :** Le président du conseil national, dès réception d'un recours, demande dans un délai de huit jours au président du conseil régional de lui adresser le dossier complet de l'intéressé mis en cause. Le président du conseil régional doit adresser le dossier, dans un délai de huit jours à dater de la réception de la demande.

**Article 221 :** L'exercice de l'action disciplinaire ne fait pas obstacle :

aux actions judiciaires, civiles ou pénales,

à l'action disciplinaire de l'organisme ou établissement dont dépend éventuellement le mis en cause.

Les sanctions de même nature, pour une même faute ne sont pas cumulées.

##### Chapitre II

##### Section ordinaire des médecins

##### Section ordinaire des chirurgiens dentistes

**Article 222 :** Lorsque la plainte, vise un médecin, un chirurgien-dentiste, du secteur privé, de santé publique ou hospitalo-universitaire, la commission de discipline de la section ordinaire nationale ou régionale est présidée par un médecin, chirurgien-dentiste respectivement du secteur privé, de santé publique ou hospitalo-universitaire.

##### Chapitre III

##### Section ordinaire des pharmaciens

**Article 223 :** Lorsque la commission de discipline est saisie, le président de la section ordinaire désigne le rapporteur parmi les membres de la commission de discipline. Le rapporteur instruit l'affaire par tous les moyens qu'il juge propres à éclairer.

Le rapporteur transmet le dossier, accompagné de son rapport au président de la section ordinaire. Son rapport doit constituer un exposé objectif des faits.

### TITRE IV

#### DISPOSITIONS TRANSITOIRES

**Article 224 :** La durée de cinq ans d'inscription prévue à l'article 173 est remplacée par la durée de cinq ans après la date d'obtention du diplôme de médecin ou de chirurgien-dentiste ou de pharmacien.

Pour les premières élections des conseils régionaux les médecins inscrits, les chirurgiens dentistes inscrits au dernier Tableau sont remplacés par les médecins, les chirurgiens dentistes exerçant effectivement.

**Article 225 :** Les membres des sections ordinaires régionales et nationales, ayant obtenu le moins de voix lors de leur élection feront l'objet du premier renouvellement partiel, en application de l'article 175.

**Article 226 :** Le ministère chargé de la santé en collaboration avec les représentants des associations professionnelles médicales organisent les élections des premiers conseils régionaux.

**Article 227 :** Les pharmaciens exerçants des activités pharmaceutiques multiples doivent régulariser dans un délai d'un an leur situation conformément aux dispositions du présent décret, à défaut le ministre chargé de la santé prononce l'interdiction d'exercer.

**Article 228 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 Juillet 1992

Sid Ahmed GHOZALI

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**ARRETE DU 02 OCTOBRE 2002 PORTANT AUTORISATION DE CERTAINS ETABLISSEMENTS DE SANTE A  
EFFECTUER DES PRELEVEMENTS ET / OU DES TRANSPLANTATIONS DE TISSUS OU D'ORGANES HUMAINS**

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment son article 167.  
Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 06 Rabie Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu le décret exécutif n°97-465 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés ;  
Vu le décret exécutif n° 97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;  
Vu l'arrêté n°19/SM/CAB/MIN du 23 Mars 1991 portant création de deux commissions médicales de prélèvement et transplantation de tissus et d'organes humains.

**A R R E T E**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet d'autoriser certains établissements de santé à effectuer des prélèvements et / ou des transplantations de tissus et d'organes humains.

**Article 2** : Les établissements de santé suivants sont autorisés à effectuer, dans les conditions prévues au chapitre III du titre IV de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée les prélèvements et / ou les transplantations.

**1- de cornée :**

CHU Mustapha (Alger)  
CHU Hussein dey (Alger)  
E.H.S en Ophtalmologie (Oran)  
CHU Béni-Messous (Alger)  
CHU Bab El Oued (Alger)  
CHU Annaba

**2- de rein :**

CHU Mustapha (Alger)  
EHS Cliniques Daksi (Constantine)

**3- de foie :**

C.P.M.C

**Article 3** : Les établissements de santé prévus à l'article 2 ci-dessus sont tenus de créer spécialement en leur seins la commission médicale prévue à l'article 167 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 susvisé et chargée de la confirmation du constat de décès de la personne sujette au prélèvement et de l'autorisation du prélèvement et / ou de la transplantation. Ils sont tenus également d'ouvrir un registre spécial ou sont consignées les conclusions de ladite commission.

**Article 4** : Les membres de la commission médicale prévue à l'article 3 ci-dessus sont désignés par le directeur de l'établissement de santé, sur proposition du conseil scientifique ou médical.

**Article 5** : L'arrêté n° 19/SM/CAB/MIN du 23 mars 1991 susvisé est abrogé.

**Article 6** : Les chefs des établissements de santé prévus à l'article 2 du présent arrêté sont chargés de l'application du présent arrêté.

Fait à Alger, le 02 OCT 2002

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**Abdelhamid ABBERKANE**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA  
REFORME HOSPITALIERE**

**N° 34/MSPRH/MIN**

**ARRETE DU 19 NOVEMBRE 2002 FIXANT LES CRITERES SCIENTIFIQUES  
PERMETTANT LA CONSTATATION MEDICALE ET LEGALE DU  
DECES EN VUE DU PRELEVEMENT D'ORGANES ET DE TISSUS**

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment ses articles 164 et 167 ;

Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 06 Rabie-Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret n° 96-66 du 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

**ARRETE :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de fixer les critères scientifiques permettant la constatation médicale et légale du décès en vue du prélèvement d'organes et de tissus.

**Article 2** : Les critères scientifiques prévus à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus sont fixés comme suit :

Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée ;

Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral ;

Absence totale de ventilation spontanée vérifiée par une épreuve d'hypercapnie

Deux électroencéphalogrammes interprétés par deux médecins différents.

**Article 3** : Les responsables d'établissements autorisés à effectuer des prélèvements et de transplantations d'organes et de tissus humains conformément aux dispositions de l'article 167 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 susvisée sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Alger le, 19 novembre 2002

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la réforme Hospitalière

**Abdelhamid ABERKANE**

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**Instruction n° 2/MSP/SG du 18 Février 1999 relative au suivi du fonctionnement des établissements de santé**

Référence : Instruction n° 84/MSP/CAB du 31 Août 1996 relative au fonctionnement des services de santé

Instruction n° 002/MSP/DSS du 10 Août 1996 relative à la garde

P.J : Modèle du canevas hebdomadaire

Destinataires :

Monsieur le Ministre Gouverneur du Gouvernement du Grand-Alger, pour information

Messieurs les Walis, pour information

Messieurs les Présidents des conseils régionaux de la santé, pour attribution et suivi

Monsieur le Directeur de la prévention de la santé et de la population du Gouvernement du Grand-Alger, pour suivi de l'exécution et ampliation aux établissements sous tutelle

Messieurs les Directeurs de la santé et de la population, pour suivi de l'exécution et ampliation aux établissements sous tutelle.

Dans le cadre du suivi du fonctionnement des établissements de santé, et à l'effet de permettre une exploitation efficiente des informations, les directeurs de la santé et de la population sont chargés de procéder à la consolidation des informations des établissements sous-tutelle, y compris les centres hospitalo-universitaires, et de transmettre le canevas hebdomadaire ci-joint chaque Dimanche selon les modalités suivantes :

Pour les régions Est et Sud Est à l'Inspection Générale, Fax N° 02/ 27 97 80

Pour les régions Centre, Ouest et Sud Ouest à la Direction des Services de Santé Fax n° 02/27 96 90.

Les directeurs de la santé et de la population doivent faire parvenir une copie du canevas hebdomadaire à Monsieur le Président du Conseil Régional de la Santé dont ils relèvent.

En outre, il a été constaté que les dispositions arrêtées par l'instruction ci-dessus référencée n'a pas toujours connu une pleine application et ce, à différents niveaux.

C'est pourquoi il convient de veiller particulièrement à l'effectivité des inspections périodiques, à leur consignation sur les registres spécialement ouverts à cet effet et à leur transmission à l'administration centrale selon les modalités définies ci-dessus.

S'agissant du point prioritaire que doit revêtir le fonctionnement de la garde il est impérieux :

que le staff médical soit tenu quotidiennement après chaque garde, et les travaux consignés sur le registre spécialement tenu à cet effet ;

que les supports normalisés relatifs aux activités de garde soient tenus et respectés conformément à la réglementation en vigueur et aux procédures établies en matière médico-légale;

que tout personnel de garde ne puisse quitter le service, qu'une fois que la relève est effectivement assurée.

J'attache une attention particulière à la stricte application de cette instruction.

Le Secrétaire Général

**Mohamed Larbi ABBAS**

**Point de situation hebdomadaire sur le fonctionnement des établissements de santé de la wilaya**

Canevas-type

Semaine du .....au .....

Nature de l'information	Etablissement (CHU-EHS-SS)			
Effectivité de la garde : - Médicale Para médicale Administrative				
Urgences médicales				
Urgences chirurgicales				
Plateau technique Imagerie médicale Biologie Bloc opératoire Gaz médicaux et/ou centrale d'oxygène Explorations fonctionnelles				
Banque de sang				
Services généraux : Eau Chauffage Groupe électrogène Ambulances Autres				
Moyens de communication				
Problèmes particuliers				
Survenue de tout évènement exceptionnel				



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**INSTRUCTION N°.....04.....MSPRH/MIN/ DU..... 25 MAI 2004.....**

**Destinataires :** Mesdames et Messieurs le DSP pour diffusion et exécution.  
Madame et Messieurs les D.G de CHU pour exécution.  
.....

Compte tenu des objectifs de la réforme hospitalière et particulièrement les points cités dans ce qui suit. Je vous demande une nouvelle fois de prendre toutes les dispositions utiles et mesures nécessaires en urgence afin d'apporter des améliorations à :

- L'humanisation.
- L'accueil des citoyens.
- Le séjour des patients.
- Les prestations offertes.
- L'hygiène en générale
- La prévention et la lutte contre les infections nosocomiales en particulier.

Je vous rappelle que ces actions ont déjà fait l'objet de plusieurs instructions de l'administration centrale et dont vous avez été rendu destinataires.

A cet effet il vous appartient d'élaborer et de mettre en œuvre un programme d'actions avec un échéancier d'exécution en mobilisant en priorité toutes les ressources humaines et matérielles nécessaires.

La mise en œuvre pratique des actions de votre programme nécessite de votre part un engagement pour un suivi permanent et rigoureux.

En outre vous devez me faire parvenir un bilan hebdomadaire sous forme de rapport sur son état d'avancement.

J'attache une attention particulière quant à l'exécution de la présente instruction.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**Mourad REDJIMI**

**Circulaire n° 004 /MSP/CAB DU 03 août 1994 relative à la réhabilitation du service public dans les établissements du secteur de la santé**

**REFERENCES :** Instruction des services du Chef du Gouvernement N° 302 du 24 Mars 1994

En application des directives énoncées par l'instruction rappelée en référence, et pour réhabiliter le service public dans les établissements hospitaliers, le ministère de la santé et de la population a lancé une série d'opérations auprès en priorité des grands centres hospitalo-universitaires.

Ce programme d'action a porté sur les trois volets essentiels suivants :

**1. ACCUEIL DES CITOYENS :**

- Réhabilitation des bureaux d'accueil et d'information
- Edition d'un guide du malade définissant ses droits et devoirs.
- Mise en place des panneaux indicatifs facilitant la circulation des personnes au sein des hôpitaux.
- Remise en état des structures d'accueil (réfection des locaux, peinture de bâtiment, sélection du personnel affecté au service accueil sur la base de la qualité des relations humaines...)
- Sensibilisation du personnel au respect des citoyens malades et des visiteurs.

**2. HYGIENE :**

- Désignation d'un comité d'hygiène hospitalière.
- Contrôle permanent des qualités des repas.
- Désinfection désinsectisation, dératisation.
- Installation de fabrique d'eau de javel
- Mise en place d'un circuit linge sale/linge propre.
- Enlèvement des ordures ménagères.
- Incinération des déchets septiques.
- Installation de corbeilles à papier.
- Elagage des arbres, entretien des espaces verts.

**3. CONFORT HOTELIER :**

- Rénovation des articles usagés.
- Amélioration et surveillance de la qualité de la restauration.
- Installation de cabines téléphoniques et de taxiphones (concours de l'administration des P et T)
- Elaboration et diffusion de questionnaires aux malades pour recueillir leurs appréciations sur les services et prestations rendus (en collaboration avec les différentes associations de malades).
- Lancement d'études et consultations pour rechercher les possibilités de sous traitance dans le domaine de la restauration et de la buanderie.
- Contrôle périodique des systèmes de climatisation et de chauffage.

L'impact positif et les résultats encourageants enregistrés dans la mise en œuvre pratique de ces différentes actions imposent sa généralisation à l'ensemble des structures sanitaires du pays.

Aussi, je vous invite à engager dans les meilleurs délais et en fonction de ce programme cadre toutes les actions jugées nécessaires et susceptibles d'améliorer les prestations offertes et réhabiliter ainsi la notion fondamentale de service public au sein de vos établissements.

Les initiatives personnelles qui seront prises dans ce sens sont évidemment à encourager et seront bien entendu accueillies favorablement.

Je vous demande de me tenir régulièrement informé des conditions d'exécution du programme d'action défini par la présente circulaire.

**Le Ministre de la Santé et de la Population**

**DESTINATAIRES :**

Les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale (DSPS)  
(en communication à Messieurs les Walis)

Les Directeurs Généraux des C.H.U  
Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés.  
Les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

**Instruction n° 14 du 07 Octobre 2001 relative à l'amélioration des prestations offertes aux citoyens**

- **Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la de Population en communication à :**
- Mesdames et Messieurs :**
- **Les Directeurs des EHS**
- **Les Directeurs des Secteurs Sanitaires**
- **Messieurs les Directeurs Généraux des CHU (Tous)**

Dans la phase que traversent les institutions sanitaires confrontées à un environnement en évolution, l'adaptation aux exigences induites par la mise en œuvre des réformes engagées dans le secteur est une nécessité.

Nos services de santé accueillent des populations dont les besoins ne revêtent pas la même exigence qu'il y a une ou deux décennies ; l'offre de soins se distribue de façon quantitativement et qualitativement différente.

Des prestations sont fournies tous les jours à la population sur tout le territoire national, ceci constitue une force du système national de santé, ses insuffisances par contre résident dans la façon de les dispenser et dans la perception qu'en a l'utilisateur.

C'est ainsi qu'un effort conséquent doit impérativement être consenti par l'ensemble des acteurs de santé sur ces aspects, et ce, d'autant qu'ils ne nécessitent pas d'investissement ou de moyens supplémentaires importants.

A cet effet, il vous est demandé d'opérer des actions visant l'amélioration des prestations offertes aux citoyens. Ces actions devront porter sur l'analyse de l'ensemble des segments du circuit du malade partant de l'accueil au seuil des structures de santé à la sortie de celle-ci notamment :

- L'accueil, des l'accès du malade dans l'infrastructure, son orientation, son accompagnement éventuel, en cas de nécessité vers les services médicaux.
- L'information et les renseignements à tous les niveaux ou le malade souhaite ou doit être renseigné, soutenue par des signalisations conséquentes, simples, tenant compte de messages pour personne illettrées.
- L'organisation et le respect des rendez-vous de consultations ou d'hospitalisations à l'effet de permettre la limitation des errances des malades.
- L'amélioration du circuit des consultations s'inscrivant dans le cadre du suivi des malades.
- L'organisation les transferts et évacuations de patients dans le respect des procédures requises pour la sécurité du malade.
- S'assurer de la mise en place des registres de doléances et en assurer la prise en charge et le suivi périodique.
- L'amélioration de l'hygiène à l'intérieur et à la périphérie de l'établissement ou de la structure.
- Faciliter le mouvement des flux au niveau des urgences par l'organisation des espaces réservés à l'attente et à l'orientation, à l'effet de limiter les goulots d'étranglement.

A la lumière de ces éléments il vous est demandé de prendre toutes les mesures que vous jugerez utiles organiser la mise en œuvre et le suivi de ces opérations.

**Les Initiatives** permettant à tout établissement, d'agir au mieux de leurs possibilités, **d'impliquer** l'ensemble des personnels sont à encourager. Il est entendu que les usagers doivent être informés de l'ensemble des démarches et dispositions retenues d'une part et que les effets doivent en être sensiblement perçus par eux d'autre part.

Un système d'évaluation de chacun des segments doit être mis en place pour un bilan périodique qui permettra le suivi.

Une importance capitale est accordée à ce que vous perceviez avec acuité le vécu du malade au sein de nos structures et que vous en teniez compte dans toutes vos démarches.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Abdelhamid ABERKANE**

**MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**LE MINISTRE**

N° 008 /MSP/ MIN /SE

**05 SEPTEMBRE 2001**

Destinataires :

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population	- Tous -
Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs sanitaires	- Tous -
Mesdames et Messieurs les Directeurs des C.H.U.	- Tous -
Mesdames et Messieurs les Directeurs des E.H.S.	-Tous -

**Objet : Mesures urgentes à prendre pour améliorer le fonctionnement des maternités, des services de pédiatrie et de gynécologie obstétrique.**

Le document intitulé « développement du système national de santé : stratégie et perspectives \*fait constater que malgré les multiples efforts consentis par le pays en matière de santé publique, et plus particulièrement en matière de santé maternelle et infantile, la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale restent élevées dans notre pays.

L'analyse globale des données épidémiologiques actuellement disponibles sur la situation sanitaire se rapportant à la mère et au nouveau-né fait ressortir entre autres les constatations suivantes :

- Le taux de mortalité maternelle est de 117 pour 100 000 naissances vivantes, ce qui représente 9% de la mortalité générale, avec de surcroît d'importantes variations régionales caractérisées par des taux moyens allant de 84 pour 100 000 naissances vivantes pour les wilayas de la région du centre à 210 pour 100 000 vivantes pour celles des régions du sud.
- Les cinq principales causes de décès :
- Vasculorénal (18%), les hémorragies génitales (17%), les septicémies puerpérales (14%), les cardiopathies (13%) et les dystocies (12%).
- Plus de la moitié des décès survient dans les 42 jours suivant l'accouchement (66%), dont la majorité survient dans les 24 heures suivant l'accouchement, suivis des décès lors de la grossesse (17%), puis lors de l'accouchement (11%) et ceux survenus pendant ou dans les quarante deux jours suivant un avortement (5%)....
- Le taux de mortalité périnatale est estimé à 20 pour 1000 naissances vivantes, ce qui représente à lui seul la moitié de l'ensemble des décès de moins d'un an.
- Les causes de décès néonataux précoces sont dominées par l'infection, l'asphyxie, l'hyperthermie, les malformations congénitales, le petit poids de naissance constitue un facteur de risque primordial....

Ces dossiers montrent à l'évidence la nécessité de développer et de renforcer une série d'activités spécifiques aussi bien au niveau des unités de soins de base, des maternités que des services d'hospitalisation à l'effet de réduire la mortalité maternelle et périnatale à un taux acceptable dans notre pays, eu égard à la densité de notre tissu sanitaire et à l'importance de notre potentiel en personnel médical et paramédical.

Ce renforcement doit concerner les activités liées à la surveillance de la grossesse, à l'accouchement en milieu assisté, à la surveillance en post-partum et à la prise en charge du nouveau-né en salle de travail, pendant son séjour à la maternité et au cours des premiers jours de vie.

Dans la perspective d'un plan de relance à moyen et long terme, visant à réduire le taux de mortalité maternelle et périnatale de 25% d'ici l'an 2005, actuellement en cours d'élaboration au niveau central, des mesures urgentes à prendre s'imposent dès à présent.

Ces mesures concerneront aussi bien l'organisation, le fonctionnement, la formation que la communication.

**Au plan de l'organisation et du fonctionnement :**

- Instituer et organiser une garde spécifique dans les services d'hospitalisation de pédiatrie et de maternité à chaque fois que cela est possible et au moins au niveau de l'hôpital du chef lieu de wilaya.
- Renforcer la garde de maternité y compris en incluant les sages-femmes exerçant en PMI, si nécessaire.
- Assurer une durée d'hospitalisation après l'accouchement d'au moins de 24 heures et ceci en sensibilisant la parturiente et sa famille d'une part et en améliorant les conditions de séjour en terme d'hygiène de locaux, de la disponibilité du personnel soignant et de la qualité des prestations d'autre part.
- Assurer la disponibilité des médicaments essentiels, notamment les antibiotiques, les ocytociques, les antispasmodiques, la vitamine K1, le collyre ophtalmique et le sérum anti D.
- Instituer et organiser un réseau de référence pour le transfert des parturientes des unités de santé de base aux structures offrant les soins obstétricaux complets (césarienne, exsanguino-transfusion, réanimation néonatale....).

**Au plan de la formation :**

- Organiser des stages pratiques pour les médecins généralistes notamment ceux faisant fonction de chef de service de pédiatrie et d'obstétrique au niveau des services spécialisés existants.  
En cas de difficultés, il vous est demandé de vous rapprocher des services de l'administration centrale (Direction de la formation et la Direction de la prévention). Il reste entendu que l'ensemble des actions de formation continue programmée annuellement par la Direction de la formation doivent se poursuivre.

**Au plan de l'information, de l'éducation et de la communication :**

- Assurer la plus large diffusion de tous les supports d'information transmis par le Ministère de la Santé et leur utilisation effective par les professionnels de la santé.
- Développer des actions d'éducation sanitaire au niveau de toutes les structures de santé en impliquant toutes les catégories de personnel de santé.
- Encourager et initier des actions de sensibilisation et de communication de plus large envergure en direction des communautés et en collaboration avec les mass médias locales et les mouvements associatifs sur des thèmes en relation avec la surveillance de la grossesse, l'accouchement assisté, la surveillance post-natale et le suivi de la prise en charge du nouveau-né.

Compte tenu de l'importance stratégique que revêt la réussite du programme de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale dans notre politique nationale de santé, un suivi strict et rigoureux des activités à tous les niveaux de prévention et de prise en charge doit être observé.

Au delà de la mise en œuvre immédiate de ces mesures urgentes, il est attendu de tous les responsables techniques et administratifs à tous les niveaux de la hiérarchie du système de santé de prendre toute initiative et engager toute action visant l'utilisation optimale des ressources humaines et des moyens matériels existants.

J'attache une importance capitale et une attention toute particulière quand à l'application de la présente instruction.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Abdelhamid ABERKANE**

**INSTRUCTION N° 07/MSP/MIN DU 23 AOUT 2001 RELATIVE AU RENFORCEMENT DES ACTIONS DE SANTE**

La situation actuelle de notre système national de santé exige la mise en œuvre de mesures **énergiques** et **immédiates** devant permettre un impact positif par une amélioration significative des conditions de prise en charge du malade et du citoyen.

Ces mesures visent particulièrement l'amélioration de l'**accessibilité** de l'**humanisation** de l'**accueil** aussi bien dans les services de **consultation** qu'au niveau des **urgences**.

Elles impliquent une mobilisation effective et accrue de tous les personnels de santé.

Ces mesures urgentes de **consolidation du programme de travail normal** du secteur ne devront pas, sauf nécessité dument établie s'accompagner de nouveaux recrutements ou de réalisation de nouvelles structures.

D'autres actions ayant un impact réel sur le citoyen doivent être initiées dans le sens de l'amélioration de l'accueil.

Ces actions portent essentiellement sur le respect de l'hygiène, des conditions d'accueil, de l'information et de l'orientation, du respect des rendez-vous, de l'amélioration des conditions de prise en charge des malades.

**II – LES URGENCES**

Elles constituent **une préoccupation** pour le citoyen et **une priorité** de la politique nationale de santé.

La continuité du service public doit trouver en particulier dans les urgences et les activités chirurgicales sa pleine signification.

**Aucune défaillance en la matière ne saurait être tolérée**. Une attention particulière doit être portée sur la fonctionnalité du plateau technique, la disponibilité des médicaments essentiels, et des consommables et une utilisation rationnelle et efficiente des personnels avec le redéploiement quand la nécessité est établie.

Les dépenses devront être orientées vers les actions essentielles et ayant un impact direct sur les conditions de prise en charge de la santé du citoyen.

Transfert inter-établissements

Les transferts intempestifs, sont souvent à l'origine du mécontentement de la population.

Les évacuations sanitaires sans prescription médicale justifiée et sans l'accord préalable des services d'accueil **sont strictement interdites**. Cette question importante concerne aussi bien la sécurité du malade que la dignité du patient et de sa famille.

Chaque structure doit tenir à jour un **registre des transferts** indiquant les raisons médicales, l'origine du malade et le lieu du transfert.

**III ACTIONS DE PREVENTION**

L'action doit être mise sur l'intensification des actions de prévention, **en concertation** avec les secteurs économiques et sociaux concernés.

Des **actions de proximités** doivent être engagées en direction des populations et des quartiers les plus défavorisés, à travers la mise en place d'**équipes mobiles** (unité de soins ambulatoires).

Ces équipes doivent être constituées en liaison avec les cellules de proximité des A.P.C et les Bureaux Communaux d'Hygiène.

Elles doivent viser notamment le **dépistage et la prévention** des maladies liées à l'hygiène du milieu et à l'hygiène corporelle ainsi que les pathologies dominantes en apportant une attention particulière à l'éducation sanitaire.

Dans ce cadre, la mobilisation des personnels de la prévention, et notamment des praticiens de la santé scolaire avec le renforcement du fonctionnement des Unités de Dépistage et de Suivi (U.D.S) devra permettre d'assurer une couverture sanitaire appropriée.

Les lieux de regroupement devront faire l'objet de contrôles d'hygiène et de salubrité et d'opération de dépistage des maladies transmissibles et de séances d'éducation sanitaire.

La redynamisation des bureaux communaux d'hygiène est de nature à renforcer ces actions.

Les **actions spécifiques au sud** (réseau de surveillance épidémiologique, envenimement scorpionique, télé médecine, jumelage d'établissements.....) doivent être engagées de façon coordonnée afin de préserver la cohérence globale du dispositif santé sud.

**IV VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES**

La ressource humaine constitue un axe à privilégier dans les actions prioritaires à mener dans le secteur.

Les personnels et les partenaires sociaux doivent être sensibilisés pour la réalisation des actions urgentes, objet de la présente instruction.

Les responsables du secteur au niveau national, régional et local devront intensifier les **concertations périodiques** et le **dialogue** dans la perspective de règlement des problèmes socioprofessionnels, ce qui devra augurer d'un engagement des travailleurs de la santé pour l'amélioration qualitative de la santé des citoyens.

M. M les Directeurs d'établissements sont chargés d'élaborer un plan d'action avec échéancier d'exécution et de le transmettre au plus tard le 30 septembre 2001 au Ministère de la Santé et de la Population- (cellule de synthèse). Ces plans d'actions constitueront un cahier des charges dont le respect fera l'objet d'une évaluation périodique.

Le Ministre de la Santé et de la Population  
**Abdelhamid ABERKANE**



*ARRETE N° 834/DGSS/DSH DU 30 NOVEMBRE 1981 PORTANT RÈGLEMENT INTÉRIEUR TYPE DES SECTEURS  
SANITAIRES ET HÔPITAUX SPÉCIALISÉS AUTRES QUE PSYCHIATRIQUES*

Décret 81-65 du 16 avril 1981 fixant les attributions du ministre de la santé  
Décret 81-242 du 05 septembre 1981 portant création et organisation des établissements hospitaliers spécialisés ;

**ARRETE**

**Article 1<sup>er</sup>** : les secteurs sanitaires et hôpitaux spécialisés autres que psychiatriques sont tenus d'avoir un règlement intérieur établi à partir du règlement intérieur annexé au présent arrêté

**Article 2** : Le règlement intérieur type peut être modifié ou complété pour être adapté et personnalisé à l'établissement toutefois les modifications ou compléments apportés devront être conforme à la réglementation en vigueur.

**Article 3** : le projet du règlement intérieur est présenté par le directeur de l'établissement à l'avis du conseil médical puis à la délibération du conseil d'administration pour adoption. Il ne devient exécutoire qu'après approbation du Wali.

**Le Ministre de la Santé**

Le Président de la République ;  
Vu la Constitution notamment ses articles 111-10°, 114 et 152 ;  
Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;  
Vu l'ordonnance n° 67-24 du 18 janvier 1967, modifiée et complétée, portant code communal ;  
Vu l'ordonnance n° 69-38 du 23 mai 1969, modifiée et complétée, portant code de wilaya ;  
Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;  
Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 portant statut général du travailleur et ensemble les textes pris pour son application ;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques.

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet d'organiser les rapports entre l'administration et les administrés.

#### CHAPITRE 1

#### DES DISPOSITIONS GENERALES

**Article 2** : Les institutions, les administrations et les organismes publics et leurs agents ont le devoir de protéger les libertés et les droits reconnus au citoyen par la Constitution et la législation en vigueur.

**Article 3** : L'administration est tenue au respect de la personne humaine et à la préservation de sa dignité.

Ses rapports avec les administrés sont, en toute circonstance, marqués par la civilité et empreints de courtoisie.

**Article 4** : L'action de l'autorité administrative doit s'inscrire dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

A ce titre, les instructions, circulaires, notes et avis doivent être édictés dans le respect des textes qui les impliquent.

**Article 5** : Sans préjudice des sanctions pénales, civiles et disciplinaires auxquelles s'expose son auteur, tout abus d'autorité donne lieu à réparation conformément à la législation en vigueur.

#### CHAPITRE II

#### DES OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATION

**Article 6** : L'administration veille en permanence à l'adaptation de ses fonctions et structures aux besoins des administrés. Elle doit mettre, à la disposition de l'administré, un service de qualité.

**Article 7** : L'administration doit exercer, à tous les niveaux hiérarchiques, un contrôle rigoureux sur le comportement et la discipline de ses agents.

Elle doit s'assurer, en permanence, qu'ils remplissent leurs fonctions dans le strict respect des droits des administrés.

#### Section 1

#### De l'information de l'administré

**Article 8** : L'administration est tenue d'informer les administrés sur les règlements et mesures qu'elle édicte.

Dans ce cadre, elle doit utiliser et développer tout support approprié de diffusion et d'information.

**Article 9** : Sauf dispositions contraires de la réglementation en vigueur, l'administration a l'obligation de publier régulièrement les instructions, circulaires, notes et avis concernant ses rapports avec les administrés.

Lorsque cette publication n'est pas expressément retenue au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, elle est réalisée au *Bulletin officiel* de l'administration concernée, élaboré et publié suivant les dispositions de la réglementation en vigueur.

**Article 10** : Sous réserve des dispositions de la réglementation en vigueur en matière d'informations classées et celles protégées par le secret professionnel,

les administrés peuvent accéder aux documents et informations administratifs.

Cet accès se fait par consultation gratuite sur place et/ou par délivrance de copies, aux frais du demandeur et sous réserve que la reproduction n'altère pas le document ou ne nuise à sa conservation.

Tout refus de communication doit être notifié à l'administré par décision motivée.

En outre, le dépôt aux archives des documents administratifs communicables au public ne fait pas obstacle au droit à communication.

**Article 11** : Nonobstant les dispositions de l'article 10 ci-dessus et sauf autorisation de la réglementation en vigueur ou accord de l'intéressé, l'administration gestionnaire ne peut communiquer ou rendre public tout document ou toute information, quel qu'en soit le support, lorsque ledit document ou ladite information se rapporte à la vie privée ou à la situation d'un individu.

#### Section II

#### De l'accueil de l'administré

**Article 12** : L'administration s'organise pour orienter les administrés dans leurs démarches et les renseigner sur les procédures à suivre.

Elle doit leur réserver le meilleur accueil.

Dans ce cadre, la mise en place de structures appropriées à l'accueil des administrés doit être généralisée.

**Article 13** : Les structures d'accueil doivent être organisées au plan de leur installation et de leur dotation en moyens humains et matériels, de manière à prendre en charge, dans les meilleures conditions possibles, l'administré dès son entrée dans l'enceinte du service ou organisme concerné.

A ce titre, elles doivent assurer une orientation et une information correctes de l'administré et assister toute personne handicapée dans l'accomplissement des formalités administratives.

**Article 14** : Les préposés à l'accueil sont choisis parmi les membres du personnel connus pour leur compétence professionnelle, leur connaissance du secteur et leurs qualités humaines.

### Section III

#### De la convocation de l'administré

**Article 15** : Le recours à la convocation d'un administré est exceptionnel.

Il n'a lieu que s'il est expressément prévu par la réglementation en vigueur.

La convocation n'est utilisée que lorsque les nécessités de service l'imposent et qu'il n'est pas possible de recourir à un autre moyen.

**Article 16** : Le document portant convocation, signé par la personne régulièrement habilitée, doit indiquer :

- le timbre du service concerné ;
- les noms, prénoms et fonctions du signataire ;
- les motifs et l'objet précis de la convocation ;
- l'adresse du service concerné et le numéro de téléphone ;
- les jours et heures de réception.

**Article 17** : La personne concernée est convoquée, au plus tôt, quarante-huit (48) heures à dater de la remise ou de la réception du document portant convocation.

Sauf limitation impérative due à la nature de l'affaire concernée, la convocation devra, en outre, offrir à l'administré le choix des jours et horaires de présentation au service ou organisme de convocation.

**Article 18** : Nul ne peut être convoqué en dehors des jours ouvrables ni de nuit.

**Article 19** : Lorsque la personne convoquée est dans l'impossibilité de se présenter, elle peut se faire représenter par son conjoint ou par un de ses ascendants ou descendants.

Dans ce cadre, la personne substituée peut être tenue, selon la nature de la question, de justifier, outre son lien de famille, d'une procuration et, le cas échéant, des motifs d'absence de son mandant

**Article 20** : Le document portant convocation d'un mineur doit, lorsque la présence de son tuteur est requise,\* en faire mention expresse.

Dans tous les cas, le mineur est accompagné de son tuteur chaque fois qu'il est convoqué pour audition.

### Section IV

#### De la constante amélioration de la qualité de la prestation

**Article 21** : Dans le souci d'améliorer en permanence la qualité de ses prestations et son image générale d'expression de l'autorité publique, l'administration doit veiller à la simplification et à l'allègement des procédures, méthodes et circuits d'organisation de son action.

Elle élabore des documents, imprimés et formulaires normalisés, simples dans leur conception, succincts et compréhensibles dans leur contenu, attrayants dans leur présentation et lisibles aisément.

Elle doit, en outre, développer toute mesure nécessaire pour s'adapter constamment aux techniques modernes d'organisation et de gestion.

**Article 22** : L'administration doit veiller à ce que les pièces exigées des administrés soient réduites aux seuls documents indispensables à l'examen du dossier sans réclamer, en tout état de cause, des documents non expressément requis par la réglementation en vigueur.

Elle devra, en outre, chaque fois que possible, se substituer à l'administré pour demander directement au service ou organisme concerné, les renseignements qu'elle estime nécessaires à l'étude du dossier qui lui est soumis.

**Article 23** : Lorsque l'étude d'un dossier et/ou la délivrance d'un document implique l'intervention de plusieurs services ou organismes, des mesures doivent être arrêtées à l'effet d'harmoniser les procédures dans le strict respect des délais impartis et sans contrainte, d'aucune sorte, pour le requérant

En outre, lorsqu'un service ou organisme est saisi d'une demande ne relevant pas de sa compétence, il doit, dans la mesure du possible, transmettre ladite demande au service ou organisme concerné avec notification concomitante au requérant. Dans tous les cas, des mesures doivent être arrêtées

pour qu'il soit, à chaque fois, statué sur tout dossier ou demande dans les meilleurs délais possibles, préservant au mieux, la durée de validité des documents communiqués par le requérant

**Article 24** : Tout service ou organisme est tenu de fixer, de façon précise et de faire connaître, par tout moyen approprié, les pièces constitutives des dossiers pour les prestations entrant dans ses prérogatives.

Ces éléments, portés à la connaissance de l'administré, lient le fonctionnaire chargé de la prestation, dans les termes même de leur publication.

**Article 25** : Toute pièce, tout document, tout acte, non régulièrement soumis à un délai, doit être délivré immédiatement. Lorsqu'un délai est institué par la réglementation en vigueur, le document est délivré, au plus tard, un jour franc avant l'expiration du délai prescrit

En cas de refus de délivrance du document, la réponse motivée est notifiée au requérant, dans les mêmes délais que ci-dessus prévus.

**Article 26** : L'administration mettra en œuvre toute mesure de nature à favoriser, chaque fois que possible, l'utilisation de la voie postale et du téléphone dans ses relations avec les administrés.

**Article 27** : L'organisation des tâches et la répartition des responsabilités les plus adaptées doivent être recherchées en matière de délivrance de documents et pièces administratifs.

De même, le pouvoir de certification conforme et de légalisation des documents doit être délégué au plus grand nombre de fonctionnaires régulièrement nommés.

**Article 28** : Chaque service et organisme doivent, compte tenu de la spécificité de leurs missions, fixer des horaires d'ouverture et des jours de réception adaptés, avec le souci de faciliter, au mieux, l'accès à l'administré, en lui évitant les déplacements inutiles et les contraintes superflues.

**Article 29** : Les fonctionnaires, notamment les préposés aux guichets et à la réception des administrés, doivent être connus et identifiés, par le port d'un uniforme, d'un badge ou par tout autre moyen approprié.

**Article 30** : Les fonctionnaires doivent exécuter leurs obligations conformément à la législation et à la réglementation en vigueur. Ils ne doivent, sous aucun prétexte, notamment :

- refuser une prestation ou une délivrance d'un acte administratif auquel l'administré a régulièrement droit;
- faire obstacle à l'accès aux documents administratifs lorsqu'il est autorisé ;
- refuser d'informer ;
- causer des retards ou des lenteurs injustifiés pour la délivrance des actes et pièces administratifs ;
- exiger des pièces ou documents non prévus par la législation et la réglementation en vigueur ;
- commettre des actes qui portent atteinte au respect et à la dignité de l'administré et au renom de l'administration.

Tout manquement intentionnel à l'une des obligations ci-dessus prévues peut entraîner, à l'égard de son auteur, l'application de l'une des sanctions du second degré.

En cas de récidive, il peut être fait application de l'une des sanctions du troisième degré.

CHAPITRE III  
**DES DEVOIRS ET MOYENS DE RECOURS DE L'ADMINISTRÉ**

Section 1

**Des devoirs de l'administré**

**Article 31 :** L'administré doit contribuer à asseoir l'autorité de l'Etat, à travers le respect qu'il porte à l'administration que représente et incarne le fonctionnaire.

L'administré, comme le fonctionnaire, a la charge de respecter et de faire respecter l'autorité de l'Etat.

Ils sont tenus au respect des lois et règlements en vigueur.

**Article 32 :** L'administré doit faire preuve de discipline et de sens civique, s'abstenir de perturber le bon fonctionnement du service et veiller à la préservation des lieux et biens publics.

**Article 33 :** L'administré a le devoir de contribuer à l'amélioration du fonctionnement de l'administration, en formulant des propositions et des suggestions constructives à travers les registres de doléances ouverts auprès de chaque service public et de tout autre moyen mis à sa disposition.

Section II

**Des moyens de recours de l'administré**

**Article 34 :** Il est fait obligation à l'administration de répondre à toutes demandes, lettres ou réclamations qui lui sont adressées par les citoyens.

A cet effet, il sera institué, à l'échelle nationale et locale, des structures spécialement chargées de donner suite aux requêtes des administrés.

**Article 35 :** Sauf disposition légale ou réglementaire contraire, toute décision à caractère individuel n'est opposable à l'administré qu'elle concerne que si elle lui a été, préalablement, régulièrement notifiée.

**Article 36 :** Toute décision faisant grief à un administré doit préciser la procédure et l'instance ou l'autorité administrative de recours gracieux.

Elle doit indiquer, en outre et le cas échéant, toute autre autorité ou moyen spécifique interne de contrôle ouvert à l'administré.

**Article 37 :** L'administré est fondé se prévaloir à l'encontre de l'administration, des instructions, circulaires, notes et avis qu'elle édicte. Dans ce cadre, l'administration est tenue de communiquer à l'administré, tout acte ou document dont les termes lui sont opposés.

**Article 38 :** Les administrés peuvent, pour la défense d'objectifs communs, d'intérêt général, se regrouper en association conformément à la législation en vigueur.

**Article 39 :** Outre les recours gracieux, l'administré dispose de toutes les voies de droit contre les décisions et actes de l'administration, y compris pour une éventuelle réparation du préjudice subi.

**Article 40 :** Sans préjudice des sanctions civiles et pénales auxquelles ils s'exposent, conformément à la législation en vigueur, du fait de leurs fautes personnelles, les fonctionnaires encourent des sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'au licenciement dans le cas d'entrave aux mesures prises dans le cadre de l'amélioration des rapports entre l'administration et les administrés.

CHAPITRE IV  
**DES DISPOSITIONS FINALES**

**Article 41 :** Dans le cadre de la réglementation en vigueur, chaque ministre précisera, le cas échéant, conjointement avec le ou les ministres concernés, les modalités spécifiques de mise en œuvre des mesures édictées par le présent décret.

**Article 42 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le 4 juillet 1988.

**Chadli BENDJEDID.**

Le Ministre

الوزير

Note Circulaire

**Objet :** **contribution à l'humanisation des hôpitaux.**

Destinataires :

Mesdames et messieurs les directeurs de la santé et de la population.  
Messieurs les directeurs généraux des C.H.U. (pour exécution)  
Messieurs les directeur des E.H.S.  
Mesdames et messieurs les directeurs des secteurs sanitaires.

L'humanisation des établissements de santé constitue l'un des objectifs majeurs arrêtés dans le cadre de la mise en œuvre des mesures urgentes de la réforme hospitalière. En effet, le confort et la sécurité du malade, de même que la qualité des soins qui sont disposés, sont placés au cœur des changements escomptés en matière d'organisation intègre aussi bien l'amélioration des conditions d'accueil et de séjour du malade que l'orientation et l'information des usagers sur les modalités de fonctionnement de l'hôpital et les services qui y sont offerts. En effet, les usagers de la santé ont le droit d'être écoutés, d'être accompagnés et de comprendre toutes les modalités de leur prise en charge.

Il reste entendu que la commission de conciliation et de médiation, dont la création a été demandée au cours de la réunion du 9 avril dernier, constitue un espace au sein duquel le patient peut demander à ce que les règles et les conditions de soins de qualité soient réunies au sein des établissements hospitaliers.

A cet égard, j'ai l'honneur de vous demander de veiller à la mise en œuvre des dispositions suivantes :

Assurer autant que possible la présence d'un membre de la famille auprès des personnes hospitalisées, quand il s'agit d'un enfant ou d'une personne gravement atteinte. Il s'agit pour ce faire de mettre en place les conditions nécessaires pour permettre le séjour à l'hôpital de ce garde-malade, et ce sans préjudice des tâches qui devront toujours être normalement assurées par le personnel paramédical et/ou le personnel d'entretien et d'hygiène concernée.

Restreindre les mouvements incessants des personnels qui perturbent le repos des malades en visant notamment à en assurer la synchronisation. Dans le même sens, si la personne hospitalisée peut recevoir la visite de sa famille et de ces proches, l'organisation des visites doit tenir compte aussi bien du respect du repos du patient que de l'intimité et de la tranquillité des autres malades.

Veiller à préserver le confort des personnes hospitalisées en réduisant autant que possible les sources de nuisance (bruit, lumière...) en particulier durant les heures de repos.

Veiller à ce que les patients puissent avoir accès à tout moment, en particulier pendant la nuit, aux professionnels de la santé.

Veiller à assurer l'information du malade sur l'état de sa maladie et les soins qui lui sont prodigués, en veillant à la bonne compréhension de l'information médicale donnée. La famille directe du malade doit également bénéficier de cette information. Sauf avis contraire expressément exprimé par le patient. Il est impératif de veiller dans ce cadre au respect absolu tant de la confidentialité que de la personnalité du malade.

Instaurer, pour les consultations concernant les contrôles des hospitalisés et des patients suivis régulièrement, un circuit spécial avec un système de « rendez vous ».

Veiller au respect du port du badge et des tenues réglementaires par le personnel, dans tous les secteurs de l'établissement.

L'ensemble de ces mesures, qui constitue un rappel des règles de bon fonctionnement de l'hôpital, vise à créer au sein de nos établissements, un environnement plus humain, plus attentif aux besoins du malade, et partant à diminuer le sentiment d'insatisfaction des usagers du secteur. Je vous demande par conséquent de veiller scrupuleusement à leur mise en œuvre et de m'informer, le cas échéant, de toute difficulté rencontrée dans ce cadre.

Le Ministre de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**Abdelhamid ABERKANE**

N° 06/MSP/MIN/SP

INSTRUCTION N° 06/MSP/MIN du 08 AOUT 2001

**Objet : Traitement et gestion de l'information grand public**

Dans le cadre de la mise en œuvre des mesures de réhabilitation du service public de santé qui tendent à promouvoir à développer et à renforcer l'ouverture de l'administration sur la communication afin d'améliorer la relation administration-administrés ainsi que la qualité de la prise en charge des usagers de la santé, mesdames et messieurs les directeurs de la santé et de la population de wilaya doivent veiller à :

- Traiter tous les articles de presse concernant le secteur de la santé dans la wilaya et prendre attache avec le CES chargé de la communication (cabinet de Monsieur le Ministre tel n° 021.67.65.77 – téléfax n° 021-27-92-68 / e.mail [mcom@ibnsina.ands.dz](mailto:mcom@ibnsina.ands.dz)) chaque fois qu'une réponse doit être formulée et adressée à un titre de la presse nationale (y compris la presse régionale et locale).
- Prendre en charge de manière rapide et personnalisée les articles de presse, le courrier des lecteurs. Les appels à l'aide et d'une manière générale tous les écrits faisant état de problèmes rencontrés par les citoyens en matière de prise en charge médico-sanitaire les réponses apportées à ces problèmes doivent être communiquées au Ministère de la santé et de la Population, Directeur de la communication et des Relations Publiques (Téléfax n°021.27.9759/ e-mail [msdcr@ibnsina.ands.dz](mailto:msdcr@ibnsina.ands.dz)).
- Assurer le bon fonctionnement du bureau d'information et d'orientation des usagers au niveau de toutes les structures du secteur, y compris l'administration de la direction de la santé et de la population de la wilaya. Au niveau de chaque bureau d'information, contrôler l'effectivité de l'existence du registre de doléances, côté et paraphé, mis à la disposition des usagers. Le registre des doléances doit faire l'objet d'une exploitation régulière.
- Concrétiser l'information de proximité (en liaison avec les autorités locales pour ce qui concerne l'affichage en dehors des structures de la santé et en complément de l'utilisation du numéro vert 115) au profit des usages de la santé tant en ce qui concerne les services offerts au niveau
- des structures de soins que les gardes médicales, chirurgicales et de pharmacie au niveau des secteurs public et privé.
- Harmoniser les relations avec la presse qui doivent être prises en charge au niveau du service de communication de chaque établissement et ce sous la responsabilité directe du directeur de l'établissement qui peut solliciter le concours du CES chargé de la communication chaque fois que nécessaire.
- Constituer, organiser et gérer au fonds documentaire relatif aux activités de la structure et aux programmes de prévention et de population et ce au niveau de chaque établissement. Ce fonds documentaire doit être accessible aux représentants de la presse.
- Assurer, en liaison avec le CES chargé de la communication, la promotion des messages de santé publique ainsi que le travail effectué au niveau de chaque établissement.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Aberkane ABDELHAMID**



**MADAME ET MESSIEURS LES MEMBRES DU GOUVERNEMENT****OBJET : Normalisation des correspondances administratives.**

Il m'a été donné de constater, à travers les correspondances parvenues aux services du Chef du Gouvernement que les indications standard reliées à l'entête de ces correspondances et relatives à la dénomination de la République, des départements ministériels ainsi que des organes et structures qui leurs sont rattachés, ne sont pas uniformes dans la plupart des cas et n'obéissent pas aux normes établies en matière de confection et d'élaboration des documents administratifs officiels.

Dans ce contexte, il y a de souligner, à titre illustratif, que la dénomination de la République est située, dans certains documents officiels, centrée en haut de la page, alors que dans d'autres elle est soit à droite soit à gauche. Il en est de même pour la dénomination du département ministériel qui se trouve, selon les cas soit à droite soit à gauche ou carrément centrée en haut de page.

Il ne peut vous échapper que cette divergence dans la confection des documents officiels n'est pas à même de servir l'harmonie devant caractériser les actes qui émanent de l'Etat et expriment les attributs de sa souveraineté.

Même si la confection de ces documents officiels obéit à des normes et à des opérations techniques complexes portant sur la dimension du document, le volume de ses caractères et la répartition de ses volets et indications, cela n'empêche pas, toutefois, d'engager une action d'uniformisation du minimum nécessaire de ces indications d'autant plus qu'il s'agit de dénominations liées étroitement à la souveraineté nationale.

A cet effet, je vous invite à engager vos services concernés à respecter les caractéristiques suivantes dans tout document officiel :

- 1-La dénomination « République Algérienne Démocratique et Populaire » doit être situé au milieu et en haut de page et rédigée en gros caractère dont le volume doit être supérieur à toutes les autres indications standards.
- 2-La dénomination du département ministériel doit être placée en haut et à droite (à gauche pour la version en langue étrangère) du document et rédigée en gros caractère mais dont le volume doit être inférieur à celui indiqué au point 1 précédent.
- 3- La dénomination des autres organes et structures (Directeur de Cabinet, Chef de cabinet, direction générale, direction, sous direction, etc.....) doit être placée immédiatement en dessous de celle du département ministériel et rédigée en caractère, dont le volume ne doit pas être supérieur à celui indiqué au point 2 susvisé.

En attendant la mise en œuvre de ce modèle de document administratif uniformisé , dont ci-joint copie, j'attire votre attention sur la nécessité de traiter le stock de document actuellement disponible en tenant compte des impératifs d'économie des dépenses et de lutte contre le gaspillage d'une part et d'harmonisation et de normalisation du travail administratif d'autre part.

**TRADUCTION NON OFFICIELLE**

**MES CHERS « COEQUIPIERS »**

J'ai décidé de vous appeler de la sorte car j'ai le sentiment d'appartenir à une grande équipe nationale, composée de très nombreux intervenants, gestionnaires, personnels médicaux, personnels paramédicaux et agents techniques qui partagent, quel que soit leur statut d'exercice, public parapublic ou privé, la responsabilité de la prise en charge de la santé et de la population.

Cette équipe, comme toutes les équipes, a pour ambition de gagner, c'est à dire d'améliorer ses performances, et en même temps, elle est confrontée aux difficultés du moment.

Voici à présent trois mois que je me trouve à ce poste. Dire que c'est la période durant laquelle j'ai pris contact avec « le secteur » relèverait de la plaisanterie, puisque j'en fais partie depuis plus de trente années. Toutefois, durant ces trois mois, il m'a été permis d'observer notre système de santé à partir de la « centrale » selon le terme consacré. Le but de cette lettre est de vous faire part de mes observations, et des réflexions qu'elles suscitent.

A vrai dire, mes impressions sont mitigées, tant il est vrai que le meilleur côtoie le pire. Ce qui frappe le plus est qu'un certain nombre de professionnels de la santé, sans grands moyens, ou même parfois sans moyens du tout, continuent de se battre et déploient des trésors d'imagination pour trouver des solutions aux problèmes auxquelles ils sont confrontés sur le terrain, alors que d'autres, dans les mêmes conditions, se complaisent dans la démission, l'irresponsabilité et font perdre aux citoyens la confiance dans leur système de santé. Ceci est valable pour la capitale, comme pour les secteurs sanitaires les plus reculés du pays.

Le second constat qui s'impose concerne les inégalités en matière de répartition des ressources humaines. Plusieurs wilayates sont totalement dépourvues de spécialistes dans le secteur public, et ceci est encore plus vrai lorsque l'on considère les spécialités de base telles que la chirurgie, la gynécologie obstétrique, et la pédiatrie. Cela doit signifier pour nous, dans tous les cas de figure, que nous devons identifier les tâches essentielles permettant la prise en charge des patients, et trouver au coup par coup des solutions en fonction des ressources humaines existantes. Dans les wilayates dépourvues, un certain nombre de missions classiquement assurées par les spécialistes doivent être confiés aux médecins généralistes. Bien entendu, cela suppose que ceux ci soient soutenus et reconnus aptes à l'accomplissement de ces missions, mais dans ces conditions, tout doit être mis en œuvre pour que le respect et la valorisation de ces cadres soient exigés et obtenus.

Un troisième constat est que les aspects éthiques sont parfois absents de l'exercice de la profession. Lorsqu'il m'a été donné de constater de pareilles fautes, je n'ai pas hésité à prendre des sanctions surtout lorsque le problème rencontré me semblait exemplaire des tares de notre système de santé.

Dans notre secteur, il est de tradition de respecter un certain nombre de règles. Celles ci privilégient le travail en équipe, la concertation, la circulation de l'information, et la prévention.

Mon vœu le plus cher est que, dans les semaines et les mois à venir, la grande famille de la santé se rassemble autour de ces vertus cardinales que notre travail soit mieux organisé, et que les patients dont nous avons la charge soient fiers de nous.

Vous pouvez compter sur moi pour accueillir toutes les suggestions que vous pourrez faire en vue d'améliorer l'état de santé de notre population, et le statut d'exercice des personnels de santé.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Abdelhamid ABERKANE**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**République Algérienne Démocratique et Populaire**  
**Ministère de la Santé et de la Population**

19 Décembre 2001

Mrs les Directeurs de la Santé  
Mrs les Directeurs d'Etablissement de Santé

Vous êtes largement informés du débat qui a été ouvert par les propositions du ministère de la santé et de la population concernant les efforts de financement et l'utilisation des ces éventuelles ressources.

Les mesures définitives dont l'esprit et les objectifs vous sont connus vous seront transmises dès que les décisions gouvernementales auront été finalisées.

En tout état de cause, l'une des principales réserves couramment formulées est la suivante pourquoi demandons – nous une nouvelle contribution des usagers (il s'agit des non démunis des non assurés sociaux à 100 % des non bénéficiaires des programmes nationaux de santé ou de certaines maladies chroniques) Alors que les prestations fournies par les services de santé ne s'améliorent pas ? Cette doléance est légitime.

En considérant qu'un effort budgétaire a été fait pour la santé par la loi de finances complémentaires 2001 et qu'il nous a permis de desserrer l'étreinte financière sur les structures.

Je vous demande de programmer à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2002 une nouvelle prise en charge et une nouvelle qualité de soins des malades Il s'agit d'une opération qui démontrera à tous les citoyens ainsi qu'à tous les centres de décisions la volonté et la capacité des travailleurs de la santé à mériter la considération le respect et l'assistance financière que nous sollicitons.

Le dossier de la dette des hôpitaux est en cours de discussion le meilleur soutien à notre plaidoyer est de prouver aux citoyens et à toutes les instances institutionnelles que le processus de réhabilitation est puissamment engagé.

C'est pourquoi je vous demande instamment de faire assurer bonne volonté d'intelligence de persuasion et de communication pour que le mois de janvier soit une véritable démonstration de nos qualités :

- Accueil des malades
- Restauration literie hygiène
- Niveau et qualité des médecins consultants
- Respect des horaires des consultations
- Respect des programmes opératoires
- Fonctionnement des plateaux techniques
- Garantie de tous les médicaments hospitaliers

Naturellement ce test « grandeur nature » exige l'adhésion de tous les personnels et en premier lieu des staffs médicaux, soignants et administratifs je ne doute pas qu'ils adhéreront à cet effort dès lors que toutes les revendications

Touchant à l'amélioration des conditions de travail (disponibilité des moyens ou salaires) ne peuvent découler que de notre démonstration que les services rendus à la société méritent les encouragements moraux statutaires et financiers

Ainsi que cela avait été prévu tous les responsables ministériels seront mobilisés par région pour votre assistance et suivi

Je reste à l'écoute de pré votre occupation et dans l'attente des résultats, vous souhaite plein de succès pour ce janvier (prototype).

Le Ministre de la Santé et de la Population  
**Abdelhamid ABERKANE**

# REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

## MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

### Arrêté n° 023/MSP/MIN du 19 AVRIL 2003 portant création, organisation et fonctionnement du dispositif de l'hospitalisation à Domicile

Le Ministre de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé,  
Vu le décret présidentiel n° 01-139 du 08 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des Membres du Gouvernement,  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 07 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé de la population et de la réforme hospitalière  
Vu l'arrêté interministériel n° 82/MS du 22 mai 1993 portant définition, organisation du service hospitalo-universitaire et de ses unités constitutives et fixant les conditions et modalités de désignation aux fonctions de chef de service et de chef d'unité,  
Vu le décret exécutif n° 97-466 du 02 Chaâbane 1418 correspondant au 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires,  
Vu le décret exécutif n° 97-467 du 02 Chaâbane 1418 correspondant au 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires,

### A R R E T E

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est créé une unité d'hospitalisation à domicile auprès des services de médecine interne des établissements sanitaires suivants :

- Les Centres Hospitalo-Universitaires (tous)
- Les Secteurs Sanitaires assurant des activités hospitalo-universitaires.
- Les Secteurs Sanitaires, chef lieu de wilaya.

**Article 2** : Sous l'autorité du chef de service, l'unité est placée sous la responsabilité d'un chef d'unité spécialiste en médecine interne.

**Article 3** : La nomination de l'équipe de soins d'hospitalisation à domicile est assurée par un médecin spécialiste ou généraliste de santé publique. L'équipe de soins participe aux colloques hebdomadaires du service et présente l'évolution médicale du patient.

**Article 4** : Seuls les malades préalablement hospitalisés peuvent bénéficier d'une prise en charge médicale à domicile.

**Article 5** : L'hospitalisation à domicile est prononcée par le médecin traitant du malade de concert avec le chef de l'unité d'hospitalisation à domicile.

**Article 6** : Les missions de l'hospitalisation à domicile sont définies comme suit :

- poursuivre le traitement initié à l'hôpital et assurer les prestations de soins complémentaires le cas échéant.
- réduire les durées d'hospitalisation et éviter les ré hospitalisations inutiles.
- Assurer des prestations de prévention, de soins, de réhabilitation et d'accompagnement des malades en fin de vie et apporter une aide sociale en tant que de besoin.
- Assurer l'éducation sanitaire du patient et de son entourage sur les procédures permettant de prévenir l'aggravation de son état.

**Article 7** : L'admission en hospitalisation à domicile nécessite l'accord préalable du malade et de ses proches et leur information éclairée sur le programme de soins, les modalités de prise en charge et les avantages réels de la méthode.

**Article 8** : Le service ayant proposé l'hospitalisation à domicile s'engage à ré hospitaliser le malade en cas de complication.

**Article 9** : L'unité d'hospitalisation à domicile est tenue d'assurer la continuité des soins.

**Article 10** : Les moyens et matériels nécessaires à la mise en place de l'hospitalisation à domicile sont annexés au présent arrêté.

**Article 11** : La sortie de l'hospitalisation à domicile est prononcée par le médecin chef d'unité après avis du médecin traitant.

**Article 12** : La gestion du dossier administratif et médical du patient est assurée par l'établissement de santé et le service hospitalier d'origine.

**Article 13** : Le Secrétaire général du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Le ministre de la santé, de la population  
et de la réforme hospitalière  
**Abdelhamid ABERKANE**

### A N N E X E Moyens Humains et Matériels

#### 1- **Moyens Humains :**

- 01 médecin spécialiste en médecine interne.
- 06 médecins généralistes
- 06 infirmiers
- 01 ambulancier
- 01 secrétaire médical (e)
- 01 psychologue
- 01 kinésithérapeute
- 01 assistante sociale

#### 2- **Moyens Matériels**

- **03 locaux équipés de :** 01 ordinateur  
01 photocopieur  
01 tél. /fax  
01 téléphone portable
- Un équipement médical (aspirateur, E.C.G, obus d'oxygène, manomètre d'oxygène.
- Des médicaments et consommables
- 01 ambulance.
- 01 véhicule léger.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

Secrétaire Général

**NOTE n° 012 MSPRH/SG du 23 AVRIL 2003**

DESTINATAIRES :

Mme & Mrs les Walis – Pour information

Mme & Mrs les Directeurs de la Santé et de la Population (Tous)

-Pour exécution et suivi-

Mme & Mrs les Directeurs Généraux des CHU (Tous)

- Pour exécution et suivi-

**Objet : *Mise en place du dispositif de l'hospitalisation à domicile (HAD)***

En application des décisions prises lors de la rencontre du 09 avril 2003 avec monsieur le ministre et des recommandations du Séminaire National sur le développement des Soins de Santé de Base tenu en mars 2003. J'ai l'honneur, de vous transmettre ci-joint l'**arrêté ministériel n° 023 MSPRH/MIN du 19 Avril 2003 portant création, organisation et fonctionnement du dispositif de l'hospitalisation à domicile (HAD)** visant à institutionnaliser cette activité et en baliser les contours.

Nul doute que le développement de cette « alternative » permettra l'amélioration des conditions de soins en prodiguant des prestations complémentaires au domicile du patient. Elle assurera ainsi, une humanisation parfaite sans extraire les patients de leur milieu naturel et familial.

En outre, ce dispositif constitue une occasion pour inculquer les principes d'une éducation sanitaire au patient d'abord et à son entourage ensuite qui soit adaptée aux conditions sociales et économiques de chaque malade.

Enfin, il contribuera à améliorer les performances hospitalières par la réduction des délais de séjour à l'hôpital et des délais d'attente pour le recrutement des autres malades dont la pathologie nécessiterait des soins hospitaliers.

Compte tenu des avantages offerts par l'hospitalisation à domicile. Mesdames et Messieurs les responsables des structures publiques de soins sont tenus d'accorder la plus grande attention à cette opération et de mettre en place ce dispositif dans les meilleurs délais.

Pour cela, il y a lieu d'organiser dès réception de cet arrêté des réunions de travail avec les conseils scientifiques et les conseils médicaux des établissements de soins à l'effet d'étudier les meilleures voies et de dégager les moyens humains et matériels nécessaires.

Par ailleurs, j'attire votre attention sur l'importance du concours des autorités locales qui doivent être sollicitées pour le renforcement des moyens matériels jugés utiles.

**Instruction N° 001 du 13/05/2003 relative au port de la tenue réglementaire**

**DESTINATAIRES :**

- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (pour diffusion et suivi).
- Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires (Pour exécution).
- Madame et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires (pour exécution)
- Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés (pour exécution)

Lors de mes visites de travail périodiques dans certains établissements de santé, il m'a été donné de constater une négligence dans le port des blouses réglementaires des personnels médicaux et paramédicaux.

Il a été constaté que souvent les normes élémentaires de la tenue vestimentaires la qualité de l'accueil du patient.

Il y a lieu de rappeler que l'accueil du patient constitue l'une des actions prioritaires inscrite dans le cadre de la réforme hospitalière.

Dans ce cadre la blouse est un symbole universel de la santé et traduit la noblesse du métier en même temps que l'hygiène et la sécurité.

Inversement, le respect dû au médecin et au paramédical par le patient passe par l'image d'une tenue propre et correcte avec tous les attributs.

Et accessoires réglementaires (badge d'identification : Nom, prénom, Qualité.....).

Etant entendu, que les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil.

Il vous appartiendra alors de veiller à la promotion de la qualité de l'accueil dans votre établissement et à la promotion de l'image de marque de votre institution.

Il convient désormais, que les praticiens et les paramédicaux à tous les niveaux respectent la tenue réglementaire exigée.

J'attache une importance particulière à l'exécution de cette instruction.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**Abdelhamid ABERKANE**



Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 113, 115-8\* et 136;

Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure civile ;

Vu l'ordonnance n° 75-48 du 17 juin 1975 relative à l'exécution des décisions de justice et des sentences arbitrales;

Vu la loi n° 89-16 du 11 décembre 1989 portant organisation et fonctionnement de l'Assemblée populaire nationale, notamment les articles 55 et suivants ;

Après adoption par l'Assemblée populaire nationale ;

**Promulgue la loi dont la teneur suit :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Les collectivités locales et les établissements publics à caractère administratif, bénéficiaires de décisions de justice intervenant dans les litiges les opposant et portant condamnations pécuniaires, peuvent recouvrer, auprès du Trésor et dans les conditions déterminées aux articles 2, 3 et 4 de la présente loi, le montant des dites condamnations.

**Article 2** : L'organisme créancier présente au Trésor de wilaya du siège de l'organisme débiteur, une requête écrite qui doit être accompagnée :

— de la grosse de la décision judiciaire,

— de toutes pièces ou documents établissant que toutes les démarches en vue de l'exécution de ladite décision judiciaire sont demeurées sans effet pendant quatre (4) mois.

**Article 3** : Sur la base du dossier constitué, le Trésorier de wilaya est habilité à ordonner le débit d'office des comptes de l'organisme succombant au profit de l'organisme créancier.

Cette opération comptable doit être réalisée dans un délai qui ne peut excéder deux (2) mois à compter du dépôt de la requête.

**Article 4** : Dans le cadre de cette opération, le Trésorier de wilaya a la faculté de saisir de toutes demandes utiles de vérification, le procureur général ou ses adjoints près la juridiction qui a rendu la décision dont le recouvrement des causes est poursuivi.

Les demandes de vérifications ne sauraient constituer un motif pour excéder le délai de deux (02) mois édicté à l'article 3 de la présente loi.

**Article 5** : Les justiciables bénéficiaires de décisions de justice portant condamnations pécuniaires de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif peuvent recouvrer auprès du Trésor public et dans les conditions déterminées aux articles 6 et suivants de la présente loi, le montant de leurs créances.

**Article 6** : Il est créé, dans les écritures du Trésor, un compte d'affectation spéciale n° 302038 intitulé « Exécution des décisions de justice rendues au profit de particuliers portant condamnations pécuniaires de l'Etat et de certains organismes ».

**Article 7** : Les intéressés présentent une requête écrite au Trésorier de la wilaya du lieu de leur domicile.

Cette requête doit être accompagnée, sous peine d'irrecevabilité :

— de la grosse de la décision portant condamnation de l'organisme succombant,

— de toutes pièces ou documents établissant que la procédure d'exécution par voie judiciaire est demeurée deux (2) mois sans effet, à compter de la date de dépôt du dossier auprès de l'agent d'exécution.

**Article 8** : Sur la base de ce dossier et dans un délai qui ne peut excéder trois (3) mois, le Trésorier paie le ou les requérants du montant des causes de la décision définitive de justice.

**Article 9** : Dans le cadre de cette opération, le Trésorier de wilaya peut saisir le procureur général ou ses adjoints, près la juridiction qui a rendu la décision, de toutes demandes utiles de vérification.

Les demandes de vérification ne sauraient constituer un motif pour excéder le délai fixé à l'article 8 de la présente loi.

**Article 10** : Le Trésor public est de plein droit subrogé dans les droits des personnes qui recourent à la procédure définie aux articles précédents.

Dans ce cadre et pour le recouvrement des sommes par lui payées, le Trésorier opère ou fait opérer à son profit des prélèvements sur les comptes et budgets des organismes concernés.

**Article 11** : Sont abrogées les dispositions de l'ordonnance n° 75-48 du 17 juin 1975 susvisée.

**Article 12** : La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 8 janvier 1991.

**Chadli BENDJEDID.**

**Destinataires : MM**

- LES WALIS (D.S.P. ET DIRECTEURS DE SECTEURS SANITAIRES)
- LES DIRECTEURS GENERAUX DES C.H.U.
- LES DIRECTEURS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES.

**Objet : Défense des intérêts des établissements de santé devant les tribunaux.**

Avec la démocratisation de la vie sociale, les usagers de la santé sont de plus en plus nombreux à intenter des actions en justice à l'encontre des établissements de santé et des praticiens y exerçant.

S'il est normal de faire un tel constat car synonyme de progrès, il est par contre anormal de relever que des établissements de santé restent sans défense ou mal défendus.

Il m'a été donné de constater, en effet, que des atteintes au patrimoine et aux travailleurs de nos établissements n'ont pas été portées devant les tribunaux, les responsables concernés se contentant souvent de saisir l'administration centrale et attendre des directives.

Une telle attitude me paraît négative ; il appartient à chaque directeur d'assumer ses responsabilités, d'ailleurs clairement définies dans les statuts de nos établissements. Il y est stipulé, en effet que « le directeur représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et qu'il peut ester en justice ».

Il n'est certes pas demandé ici de recourir systématiquement à la justice pour régler les différends. Il existe en effet d'autres formes de règlement.

Cependant quand ces formes sont épuisées sans que le contentieux ne soit définitivement réglé, il est impératif de recourir à la justice.

Il arrive souvent également que le personnel de santé reste sans défense ou insuffisamment défendu devant des menaces, des injures, des diffamations ou des attaques lui portant préjudice.

Dans ce cadre, il y'a lieu de rappeler que la législation et la réglementation du travail oblige l'établissement employeur à protéger le travailleur, réparer éventuellement le préjudice causé et se subroger à ses droits.

Dans le but d'assurer, au mieux, la défense des intérêts des établissements publics de santé et ceux des personnels y relevant, il n'y a pas lieu d'hésiter, si cela est nécessaire, à faire appel aux services d'un avocat selon l'une des formules ci-après :

- Soit signer une convention annuelle ou pluriannuelle pour prendre en charge le contentieux de l'année considérée moyennant un paiement au forfait ou par affaire.
- Soit choisir un avocat pour chaque affaire.

Dans les deux cas et dans le souci d'une meilleure défense de nos intérêts, il est nécessaire que le choix de l'avocat soit fait sur des bases de compétence et de rigueur.

En vu de bénéficier des services de professionnels expérimentés pouvant ester en toute instance de justice, il est particulièrement recommandé de faire appel aux services d'un avocat agréé auprès de la cour suprême.

En tout état de cause, le choix de l'avocat doit se faire sur la base d'un contrat prévoyant clairement les obligations des deux parties notamment le suivi rigoureux des affaires confiées, le respect des délais, la disponibilité et l'information régulière sur l'état d'avancement des contentieux confiés.

Le suivi des affaires contentieuses doit faire l'objet de toute l'attention des responsables concernés afin d'éviter à l'avenir certains résultats et effets néfastes pour le secteur de la santé dans sa globalité.

J'insiste sur le respect rigoureux des dispositions de la présente circulaire.

Toute difficulté rencontrée à l'occasion de son application doit être portée à la connaissance du ministère de la santé sous-direction de la réglementation.

Je saisis cette occasion pour vous demander de m'adresser la liste des avocats qui vous assistent et leur ancienneté dans la profession.

الأمين العلم

الونيسى

**CIRCULAIRE N°01 du 27 mai 1997 relative a la gestion des affaires juridiques et contentieuses**

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (tous) pour suivi et diffusion  
Messieurs les Directeurs Généraux des CHU "pour application"  
Messieurs les Directeurs des établissements Hospitaliers Spécialisés "pour application"  
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires "pour application"  
Madame et Messieurs les Directeurs: "pour application"  
La PCH  
L'ANDS  
L'IPA  
L'LNCP  
L'INSP  
L'ENSP

Copie à:  
Madame et Messieurs les Directeurs Centraux du Ministère de la Santé et de la Population "pour information".

Annexes:

I- Extrait de la note n°06 du 29 Avril 1997 émanant du cabinet du chef du gouvernement relative à la procédure devant les juridictions.

II- Eléments de procédures pénales relatives à la protection et à la récupération des deniers publics.

III- Support d'informations relatif à la gestion des affaires judiciaires.

La présente circulaire a pour objet la mise en place de cellules chargées de la gestion des affaires juridiques et contentieuses au niveau des établissements publics de santé.

Cette démarche se base sur le fait que les établissements de santé sont de plus en plus cités en justice pour des affaires les concernant. Ces affaires nécessitent un cadre précis pour leur prise en charge. Il en est de même pour le traitement des différentes requêtes, notamment pré-contentieuses, qui émanent aussi bien du personnel que des usagers de l'établissement.

A cet effet, sur instruction de M. le Ministre, il est demandé à chaque établissement public de santé de mettre en place une cellule chargée des affaires juridiques et contentieuses

Cette cellule sera rattachée à la Direction de l'établissement et aura pour mission de suivre les affaires pré-contentieuses et de donner des avis lorsque des problèmes d'application ou d'interprétation d'un texte juridique se posent.

Pour le fonctionnement de ces cellules, les établissements sont tenus de recourir aux moyens humains compétents et matériels existants à leur niveau.

**DEFINITION DES ATTRIBUTIONS**

**TRAITEMENT DES REQUETES:**

La cellule des Affaires Juridiques et Contentieuses est chargée:

d'œuvrer en vue de favoriser le règlement à l'amiable des litiges dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, toujours dans l'intérêt de l'établissement.

de traiter les requêtes émanant aussi bien du personnel que des usagers de l'établissement.

de répondre à d'éventuelles saisines ou requêtes émanant des services du médiateur de la République et d'autres institutions.

**DANS LE DOMAINE PUREMENT CONTENTIEUX:**

Il y a lieu de rappeler que conformément aux textes les régissant, les établissements publics de santé sont dotés de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Lorsqu'ils sont cités en justice pour des affaires les concernant, qu'ils soient défendeurs ou demandeurs, il leur appartient de prendre les mesures nécessaires en vue d'assurer la défense des intérêts de l'établissement.

En conséquence la cellule des affaires juridiques et contentieuses est chargée:

de réunir pour chaque litige porté devant la justice les éléments d'information nécessaire permettant de défendre au mieux les intérêts de l'établissement.

de suivre les actions en justice initiées par l'établissement ou par une partie adverse (CF. la note émanant de la chefferie de Gouvernement qui rappelle les procédures à suivre notamment en matière de contentieux civil, administratif, annexe 1).

De suivre de manière rigoureuse le contentieux pénal, notamment celui ayant trait à la récupération des deniers et biens publics (voir annexe II)

De transmettre à la fin de chaque trimestre, à la tutelle (Direction de la Réglementation et du Contentieux) un état relatif à la gestion des affaires contentieuses locales selon le modèle joint en annexe III.

Pour certaines affaires jugées importantes, il y a lieu de joindre à l'état un rapport détaillé les concernant.

Enfin, le traitement des affaires contentieuses peut nécessiter, selon les cas, les services d'un avocat-conseil. Pour se faire, il y a lieu d'établir une convention avec un avocat.

**3. DANS LE DOMAINE DES AFFAIRES JURIDIQUES:**

les cellules des affaires juridiques et contentieuses seront appelées à émettre des avis sur les problèmes d'application, d'applicabilité, d'interprétation et de fonctionnement des normes juridiques qui leur seront soumis, occasionnellement, fussent ils ou non en rapport avec un contentieux déjà lié.

Les problèmes juridiques présentent des difficultés majeures devront être soumis à la direction de la réglementation et du contentieux du ministère de la santé et de la population, à qui incombe la mission de régulation et d'harmonisation des solutions juridiques.

Messieurs les Directeurs de la santé et de la population et Messieurs les gestionnaires des établissements sont chargés de veiller à l'application de la présente circulaire et de me faire part des difficultés éventuelles rencontrées.

**ANNEXE I**

**EXTRAIT DE LA NOTE N°06/CC/CG DU 29 AVRIL 1997 EMANANT DU CABINET DU CHEF DU GOUVERNEMENT  
RELATIVE A LA PROCEDURE DEVANT LES JURIDICTIONS**

C'est pour faciliter la tâche des services chargés du contentieux dans les institutions publiques qu'il est rappelé ci-après les règles de procédure applicables devant les juridictions.

## **EN MATIERE CIVILE:**

Procédure d'introduction des instances:

Le code de procédure civile prévoit les modalités d'introduction des instances au chapitre 1 du deuxième livre, article 12 et 13. En effet, l'article 12 prévoit que le tribunal est saisi, soit par le dépôt au greffe de la citation écrite, datée et signée par le demandeur ou son mandataire (procédure la plus usitée) soit par la comparution de demandeur.

Dans ce dernier cas, le greffier ou l'un des agents de greffe reçoit par procès-verbal sa déclaration signée ou mentionne qu'il ne peut signer.

S'il s'agit d'une société, la citation ou déclaration doit indiquer la raison sociale, la nature et le siège social, sans préjudice des articles 8 et 9 sur la compétence de la juridiction qui devra être saisie (article 13/2 du code de procédure civile).

2. contenu de la citation:

la citation formulée par le demandeur doit comprendre, son nom, prénom, profession et domicile, ainsi que le nom, prénom, adresse de la partie défenderesse.

Le requérant doit exposer l'objet et les moyens de sa demande en présentant tout document ou soutien de ses prétentions et doit conclure en spécifiant avec exactitude dans l'énoncé de ses demandes, l'obligation d'avoir à faire ou de ne pas faire en fixant le cas échéant le montant des dommages et intérêts réclamés.

échange de mémoires et conclusions:

Après enregistrement de la dite instance auprès de la juridiction compétente, la citation est notifiée à la /ou les parties défenderesses pour lui permettre d'exposer des moyens de défense, lesquels seront à leur tour notifiés au demandeur pour réplique éventuelle.

Lorsque l'affaire est en état d'être jugée, il est statué contradictoirement ou par défaut.

Il y a lieu de rappeler que le demandeur doit être représenté dans toutes les audiences afin d'éviter les radiations d'instances.

De l'opposition ou de l'appel:

Si le jugement est rendu par défaut, la partie succombante peut former opposition devant la même juridiction qui a rendu le jugement, dans le délai de dix jours à compter de la notification et ce, conformément à l'article 98 du code de procédure civile.

L'opposition est formée suivant les règles établies par les citations introductives d'instances, ci-dessus exposées.

Il convient de noter par ailleurs que l'opposition suspend l'exécution à moins qu'il n'en ait été autrement ordonné par le jugement objet de l'opposition.

Au cas où la partie opposante fait à nouveau défaut, elle n'est pas reçue à former une nouvelle opposition (article 99-101 du code de procédure civile).

Si le jugement a été rendu contradictoirement, le succombant a le droit d'interjeter appel auprès de la cour de laquelle dépend le tribunal qui a prononcé le jugement, dans un délai d'un mois à compter de la date de notification.

Si le jugement a été prononcé par défaut et n'a pas fait l'objet d'une opposition, le délai d'appel (un mois) court à compter de la date d'expiration du délai de l'opposition et non de la date de notification (article 102 du code de procédure). Il est à noter que l'appel est suspensif sauf lorsque la loi en décide autrement (article 102/3).

Il convient de souligner que l'appelant peut présenter de nouveaux moyens de défense auprès de la juridiction d'appel.

Néanmoins, il ne peut être formée aucune demande nouvelle à moins qu'il ne s'agisse de compensation ou que la demande nouvelle ne soit une défense à l'action principale (article 107)

Après enregistrement du jugement auprès du service de l'enregistrement, l'institution publique en faveur de laquelle a été rendue la décision, doit déposer celle-ci auprès d'un huissier de justice aux fins de notification et d'exécution. Celle-ci peut être faite à l'amiable, soit par le recours aux voies d'exécution forcée telle que la saisie-arrêt, la saisie mobilière ou la saisie immobilière.

Si le jugement en dernier ressort n'a pas été rendu en faveur de l'institution publique, ce sera par contre à la partie adverse de cette dernière d'entreprendre les mêmes procédures que celles citées précédemment de la notification à l'exécution.

Il convient de noter que si une partie succombante n'est en mesure de se libérer, elle peut présenter une demande de sursis à exécution au Président du Tribunal qui pourra lui accorder un délai qui ne saurait cependant excéder une année et ce, en application de l'article 411 du code de procédure civile.

Il est à souligner que la justice ne procède plus comme auparavant aux notifications.

Cette mission est dévolue désormais aux huissiers sur demande de la partie requérante. Il faut également préciser que le recours devant la Cour Suprême n'a pas l'effet suspensif, sauf dans les deux cas (02) suivants, prévus à l'article 238 du code de procédure civile:

en matière d'état et de capacité des personnes.

Quant il y a faux incident.

## **EN MATIERE ADMINISTRATIVE:**

En matière de contentieux administratifs, les institutions et administrations publiques sont justiciables, selon la nature du contentieux, devant les juridictions administratives, lorsqu'elles agissent dans le cadre de leurs prérogatives de puissance publique.

Par contre, lorsqu'elles agissent comme simple personne morale de droit privé, elles sont soumises au même titre que les particuliers, aux mêmes règles générales de procédure, précédemment exposées.

Lorsqu'il s'agit de contentieux administratifs, les instances sont introduites directement auprès de la Cour par le biais d'une requête portant le nom et prénom du demandeur, sa fonction, son lieu de résidence, sa signature ou celle de son mandataire, le résumé des faits et des pièces ainsi que les demandes du requérant suivant les procédures suscitées. Toutefois, l'introduction de ces instances se fait dans un délai de quatre (04) mois à compter de la date de notification de la décision attaquée ou de sa publication.

Après désignation du magistrat rapportant, les parties sont convoquées pour une tentative de conciliation dans un délai qui ne saurait excéder trois (03) mois à compter de la saisie de la cour. La tentative de conciliation est obligatoire conformément à l'article 169 ter du code de procédure civile.

En cas d'échec de la tentative de conciliation, un procès-verbal en est dressé et le dossier est renvoyé au greffe pour l'échange des conclusions, mémoires et avis, sous le contrôle du conseiller rapporteur lequel, lorsqu'il estime que l'affaire est en état d'être jugée, ordonne son renvoi qu'il notifie aux parties. Il est à signaler qu'à l'audience, les conclusions écrites ne sont pas admises mais les parties peuvent présenter des éclaircissements oraux ou des documents additifs. Par la suite, l'affaire est mise en délibéré et la décision est rendue à l'audience fixée. Cette décision est susceptible de recours devant la Cour Suprême, mais n'est pas susceptible d'opposition, sauf dans le cas où le défendeur n'a pas reçu notification.

Dans ce cas, l'opposition doit être formée dans le délai d'un mois à dater de la notification de la décision, sachant que l'appel ou l'opposition ne peut suspendre l'exécution d'une décision rendue en matière administrative.

**ANNEXE 2:  
ELEMENT DE PROCEDURE PENALE RELATIVE A LA PROTECTION ET A LA RECUPERATION DES DENIERS PUBLICS**

Références:

Code pénal

Code de procédure pénale

Instruction n°3200 du 11.05.96 de Monsieur le chef du Gouvernement

Note n°09.96 du 05.96 de Monsieur le Ministre de la justice

La protection et la revendication des deniers publics usurpés est une obligation de toutes les institutions publiques. Face à un détournement de fonds ou à une dissipation de biens appartenant à un établissement de fonds ou à une dissipation de biens appartenant à un établissement public, il y a lieu de déposer plainte contre les auteurs de faits reprochés devant le procureur de la République près du Tribunal.

Afin de contribuer au bon déroulement de la plainte publique, la cellule du contentieux et le conseil sont chargés de suivre de manière permanente les différentes étapes de la procédure engagée.

° En ce qui concerne le dépôt de la plainte devant le procureur de la République près du tribunal, il appartiendra au représentant de la structure dûment désigné de confirmer éventuellement la plainte, d'en assurer le suivi et d'user de toutes les voies de droit en vue d'activer l'achèvement de l'enquête préliminaire.

En ce qui concerne les mesures à prendre devant le juge d'instruction, il est indispensable de suivre les procédures engagées à son niveau, de confirmer la plainte ou de se constituer partie civile.

En ce qui concerne les mesures à suivre devant les juridictions de jugement; la présence des représentants des structures aux assises est indispensable, de même que la constitution de partie civile et la présentation de conclusions précises et bien augmentées, à même de permettre la récupération de deniers publics, ou l'obtention d'une réparation adéquate.

En ce qui concerne les mesures conservatoires urgentes; obligation est faite aux structures de demander toutes les mesures permettant de récupérer les fonds et biens publics et d'éviter que les prévenus ne se dégagent de la responsabilité civile leur incombant, (saisie conservatoire de leurs biens par exemple).

En ce qui concerne les mesures à prendre après le verdict final; la protection des deniers publics impose de suivre le processus de l'exécution des décisions de justice en demandant copie (grosse) au préalable, puis en veillant à leur exécution par les voies ordinaires, ou par le recours à l'exécution forcée le cas échéant.

En ce qui concerne l'utilisation des voies de recours; la revendication des droits de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics impose d'y recourir tant à titre ordinaire qu'à titre exceptionnel étant entendu que le dépassement des délais de recours permet aux décisions de justice de devenir définitives, d'acquiescer l'autorité de la chose jugée, et d'être exécutoires avec toutes les conséquences qui en résultent et notamment les répercussions financières qui viennent grever le budget des établissements.

**ANNEXE III:  
ETAT RELATIF A LA GESTION DES AFFAIRES JUDICIAIRES**

Situation du .....au.....

Wilaya : .....

Etablissement : .....

Parties en conflit	Qualité (1)	Date de l'action en justice	Jurisdiction (2)	Nature du litige (3)	Objet du litige (4)	Evolution de la situation contentieuse				
						Date du jugement	Décision	1 Recours	Date	Jurisdiction

demandeur ou défendeur

tribunal- cour suprême

préciser la nature du contentieux : administratif (en annulation ou en indemnisation), civil, pénal

préciser l'objet exemple : indemnisation, recours en annulation contre une décision de révocation etc.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**Circulaire n° 001/MSP/MIN du 31 Mars 1999 relative au renforcement des relations contractuelles avec les entreprises nationales**

Destinataires MM :

Le Directeur de la Prévention de la Santé et de la Population du Gouvernorat du Grand Alger,  
Les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas  
Les Directeurs Généraux des C.H.U.,  
Les Directeurs des Etablissements hospitaliers spécialisés,  
Les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

**Objet** : Renforcement des relations contractuelles avec les entreprises nationales.

Dans le cadre de la mise en application de la politique gouvernementale, le Ministre de la Santé et de la Population a engagé, ces dernières années, différentes actions en matière de valorisation et de promotion de la production nationale dans le domaine des produits pharmaceutiques, des équipements médico-chirurgicaux et des consommables à usage médical.

Il s'agit essentiellement d'actions incitatives basées sur l'encouragement à l'investissement, qui ont permis aux opérateurs tant publics que privés de conquérir une place non négligeable du marché jusqu'à récemment détenu quasi exclusivement par des sociétés étrangères.

Ces mesures ont eu pour conséquences :

La réduction de la dépendance vis-à-vis des fournisseurs extérieurs, avec pour corollaire une diminution appréciable de la dépense en devises,

Un réel transfert de technologie dans plusieurs domaines stratégiques,

La valorisation effective des compétences nationales ainsi que la création d'emploi.

La priorité accordée à la production nationale de qualité s'est concrétisée par des conventions bilatérales, dont certaines sous l'égide du Ministère de la Santé et de la Population, entre les établissements publics de santé et les entreprises algériennes ayant investi dans la production sur le territoire national (SAIDAL – IMC – SOCOTHYD – ENIE – Diverses unités de produits pharmaceutiques et para-pharmaceutiques...).

La disponibilité des produits fabriqués par ces différentes entreprises à des prix compétitifs est aujourd'hui une réalité.

Aussi, à la lumière des résultats obtenus, j'invite l'ensemble des gestionnaires des structures de santé, à s'inscrire dans cette démarche visant à travers des relations contractuelles à encourager les entreprises nationales œuvrant dans ce sens.

Le Ministre de la Santé et de la Population  
**Yahia GUIDOUM**



**Arrêté interministériel du 06 Moharram 1418 correspondant au 13 mai 1997 portant convention relative à la couverture sanitaire des détenus des établissements pénitentiaires relevant du ministère de la justice**

Le ministre de la justice,  
Le ministre de la santé et de la population

Vu la Constitution ;  
Vu la loi N° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée ;  
Vu l'ordonnance N° 72-02 du 10 février 1972 portant code de l'organisation pénitentiaire et de la rééducation ;  
Vu le décret présidentiel N° 96-01 du 04 Chaâbane 1416 correspondant au 05 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement.  
Vu le décret exécutif N° 89-129 du 22 Dhou El Hidja 1409 correspondant au 25 juillet 1989 fixant les attributions du ministre de la justice ;  
Vu le décret exécutif N° 92-226 du 06 juillet 1992 portant code de déontologie médicale ;  
Vu le décret exécutif N° 96-66 du 07 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu les arrêtés interministériels du 10 décembre 1991 portant placement en protection d'activité auprès du ministère de la justice de certains corps spécifiques de ministère de la santé et des affaires sociales.

**A R R E T E N T**

**Article 1** : Le présent arrêté a pour objet de déterminer la convention relative à la couverture sanitaire des détenus dans les établissements pénitentiaires et dans des structures sanitaires publiques.

**Article 2** : La convention visée à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est fixée conformément à l'annexe du présent arrêté.

**Article 3** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire

Fait à Alger, le 06 Moharram 1418 correspondant au 13 Mai 1997

**Le ministre de la justice**

**Le ministre de la santé  
et de la population**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**  
**MINISTERE DE LA JUSTICE**  
**N° 28 C.A.B / SP.**

**Arrêté interministériel fixant la liste des établissements hospitaliers recevant les détenus malades et la sectorisation**

Vu l'ordonnance 27-02 du 25 Dhou El Hidja 1319 correspondant au 10 février 1972 relative à l'organisation pénitentiaire et à la rééducation des détenus,  
Vu la loi 85-05 du 26 Djoumada El Aouel 1405 correspondant au 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée,  
Vu le décret présidentiel 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003 relatif à la nomination des membres du Gouvernement modifié,  
Vu le décret exécutif n° 02-409 du 21 Ramadhan 1423 correspondant au 26 novembre 2002, fixant les attributions du ministre de la justice, Garde des sceaux.  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 portant attributions du ministre de la santé et de la population,  
Vu l'arrêté interministériel du 23 février 1972 relatif à l'hospitalisation des détenus,  
Vu l'arrêté interministériel du 6 Moharram 1418 correspondant au 13 mai 1997 relatif à la convention portant sur la couverture sanitaire des détenus des établissements pénitentiaires relevant du ministère de la justice .

**A R R E T E N T**

**Article 1er :** L'hospitalisation des détenus malades dans les établissements hospitaliers relevant du secteur de la santé publique s'effectue conformément à la sectorisation des hospitalisations jointe en annexe, qui définit pour chaque établissement pénitentiaire l'hôpital de référence et en cas d'absence au niveau de cet hôpital de la disponibilité de la spécialité médicale ou chirurgicale dont relève l'état du détenu, un hôpital de recours.

**Article 2 :** Les hôpitaux de référence doivent, réserver pour l'hospitalisation des détenus, dans un service de médecine, une aile du service aménagée et sécurisée, séparée dans la mesure du possible du reste du service pour permettre un certain isolement et la surveillance continue des détenus, sans entraîner de gêne pour le fonctionnement du service ou le reste des malades.

**Article 3 :** Les traitements et explorations nécessités par l'état de santé des détenus s'effectuent dans l'aile du service de médecine prévue à cet effet autant que possible.

Les traitements et explorations nécessitant obligatoirement le déplacement ou l'hospitalisation des détenus malades vers ou dans d'autres services doivent s'effectuer dans des conditions qui permettent la garde continue des détenus malades et sous la responsabilité de l'autorité concernée.

**Article 4 :** Les hôpitaux de recours ou sont hospitalisés les détenus malades lorsque la spécialité médicale n'est pas disponible dans les hôpitaux de référence, organisent l'hospitalisation et les soins des détenus dans les différentes spécialités à partir d'un service de médecine et doivent également disposer d'une aile sécurisée pour l'hospitalisation des détenus malades dans les mêmes conditions citées à l'article 3.

**Article 5 :** Les Directeurs de santé et de la population des Wilayas, les Directeurs d'Etablissements Hospitaliers et les Directeurs des Etablissements Pénitentiaires sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté.

**Le Ministre de la Santé de la Population  
et de la Réforme Hospitalière**

**Le Ministre de la Justice  
Garde des Sceaux**

**Instruction relative à l'établissement des conventions concernant l'emploi dans des structures sanitaires des praticiens spécialistes installés à titre privé**

Les conventions prévues par la circulaire n° 297 du 07 novembre 1990 permettant aux praticiens spécialistes, installés en cabinets privés, d'exercer sous forme de vacations dans certains secteurs sanitaires, sont établies dans les conditions définies par la présente instruction.

**1- Conclusions et validité de la convention :**

- Les conventions sont signées En ce qui concerne :
- le Secteur Sanitaire : Par le Directeur de l'Etablissement
  - ◀ Pour l'autre partie : Par le praticien spécialiste concerné.

- 1.1 - Les conventions ne deviennent applicables qu'après approbation du Wali (Direction de la Santé et de la Protection Sociale).
- 1.2 - Elles sont conclues pour un an et sont renouvelables par l'une des parties avec un préavis de deux mois.

**2- Objet de la convention :**

- 2.1 - Les praticiens spécialistes concernés sont appelés à donner des soins aux malades admis dans les services sanitaires du secteur sanitaire. La liste des actes et interventions qui peuvent être effectués par ces praticiens spécialistes est arrêtée par le conseil de Direction du secteur sanitaire après avis motivé du conseil Médical.
- 2.2 - Ils sont soumis pour leur activité hospitalière à la réglementation sanitaire et en particulier au règlement intérieur de l'établissement.

**3- Assurances et réparation des dommages :**

- ◀ Les secteurs sanitaires contractent une assurance pour garantir la responsabilité vis-à-vis des tiers victimes des dommages causés par les praticiens spécialistes privés à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions dans ces établissements.

**4 - Modalités de rémunération :**

- ◀ En attendant l'application des réformes du système national de santé, la rémunération des vacations des praticiens spécialistes installés à titre privé et exerçant dans les secteurs sanitaires, peut être calculée par référence à l'indemnité horaire en fonction du salaire de poste du praticien spécialiste de santé publique .Cette indemnité horaire s'obtient en divisant le salaire de poste par 190,66.
  - ◀ Simulation
  - ◀ Indemnité horaire calculée en fonction du salaire de base :
- Si le salaire de poste des praticiens spécialistes de santé publique est de 12095 DA (Salaire de base : 7099 DA Indemnité de zone non géographique 5000 DA) nous aurons un taux horaire de  $12095 \text{ DA} = 190,66 = 63 \text{ DA}$ .
- ◀ Exemple de rémunération d'une vacation de 80 heures par mois :
  - ◀ Le praticien spécialiste qui fait 80 heures par mois aura une rémunération de :  $63 \text{ DA} \times 80 \text{ Heures} = 5040 \text{ DA}$ .
  - ◀ Les parties intéressées peuvent insérer dans ces conventions toutes clauses, non contraires aux dites dispositions.
- A ce propos, je crois utile de souligner que lorsque dans un secteur sanitaire les besoins en spécialistes n'existent pas de fait que les tâches de diagnostic et de soins sont entièrement assurées par le personnel médical ou que les conditions optimums ne sont pas réunies, il ne peut être fait appel à ces spécialistes installés à titre privé.
- Je ne saurais à nouveau trop souligner la responsabilité qui incombe à tous, dans la recherche des meilleures conditions de prise en charge de la santé de la population.

مدير الديوان  
لونيستي

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

DIRECTION DES SERVICES DE SANTE

**INSTRUCTION N° 04 DU 08 DECEMBRE 1998**

**DESTINATAIRES** : MR LE D S P S DU G G ALGER

MRS LES DSP (TOUS)

« Pour exécution »

**OBJET** : A/S Des stages pratiques des élèves paramédicaux

Dans le cadre de la formation des élèves Para-Médicaux, des stages pratiques sont assurés au niveau des services de soins des structures de santé.

A cet effet je vous demande de bien vouloir inviter les directeurs des structures de santé, siège de formation pratique relevant de votre compétence territoriale de prendre toute mesure utile afin que cette formation soit assurée dans les meilleures conditions possibles (accueil, formation, circulation etc.....des élèves et des encadreurs).

J'attache beaucoup d'importance quant au respect et l'exécution de cette instruction que vous devez notifier aux structures sanitaires de votre wilaya, et de me faire part de toute difficulté rencontrée.

**LE DIRECTEUR DES SERVICES DE SANTE**

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA  
POPULATION

DIRECTION DE LA NORMALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DU SYSTEME  
DE SANTE

ALGER LE : 05 Mars 1994

205 / MSP/DNOSS/94

**Messieurs les Directeurs de la Santé  
et de la Protection Sociale (TOUS)**

**Objet : /** - Prise en charge du \* Diabétique\*.

Il m'a été donné de constater que de nombreux malades présentant des gangrènes diabétiques sont rejetés de service à service alors que l'indication opératoire est posée. (La Rééquilibration faisant partie intégrante de l'acte).

Je vous rappelle que tout service de Chirurgie générale est apte à la faire et en dehors de toute sectorisation. Je vous serai gré de faciliter la prise en charge correcte et diligente de cette pathologie.

J'attache la plus grande importance à la diffusion de cette note et à son application.

LE DIRECTEUR  
**PR. BENKALFAT**

**Arrêté interministériel du 11 Chaoual 1421 correspondant au 6 janvier 2001 fixant la liste des maladies incompatibles avec la détention et le port d'arme et les modalités de délivrance des certificats médicaux y relatifs.**

Le ministre de la défense,  
Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et des collectivités locales et,  
Le ministre de la santé et de la population,  
Vu le décret présidentiel n° 94-46 du 24 Chaabane 1414 correspondant au 5 février 1994 portant délégation de signature au chef d'état-major de l'armée nationale populaire ;  
Vu le décret présidentiel n°2000-257 du 26 Joumada El Oula 1421 correspondant au 26 août 2000 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 94-247 du 2 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 10 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'intérieur, des collectivités, de l'environnement et de la réforme administrative ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996, fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu le décret exécutif n° 98-96 du 19 Dhou El Kaada 1418 correspondant au 18 mars 1998 fixant les modalités d'application de l'ordonnance n° 97-06 du 12 Ramadhan 1417 correspondant au 21 janvier 1997 relative aux matériels de guerre, armes et munitions, notamment son article 137 ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application de l'article 137 du 137 du décret exécutif n°98-96 du 19 Dhou El Kaada 1418 correspondant au 18 mars 1998 susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer la liste des maladies incompatibles avec la détention et le port d'arme ainsi que les modalités de délivrance des certificats médicaux y relatifs.

**Article 2** : - Sont incompatibles avec la détention et le port d'arme les affections suivantes :

- les psychonévroses, même bénigne ;
- les affections neurologiques : épilepsie, maladies de Parkinson, chorée, sclérose en plaque, encéphalopathie de toute origine ;
- la diminution importante de l'acuité visuelle : vision binoculaire inférieur à 15/10 ou vision monoculaire inférieur à 5/10 avec correction ;
- prédispositions aux pertes de connaissances et aux vertiges ;
- les troubles de comportement résultant de la consommation d'alcool et/ou stupéfiants.

**Article 3** : Le certificat médical doit attester que le postulant n'est atteint d'aucune des affections indiquées à l'article 2 ci-dessus. Il est délivré par le médecin à son titulaire, sur justification de son identité, après examen et avis spécialisés le cas échéant.

- Ledit certificat est conforme au modèle joint en annexe.

**Article 4** : Le certificat médical a une durée de validité de trois (3) ans à compter de la date de sa délivrance.

L'imprimé du certificat médical est fourni par l'autorité auprès de laquelle sera déposé le dossier.

**Article 5** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire

Fait à Alger, le 11 Chaoual 1421 correspondant au 6 janvier 2001.

Le ministre d'Etat  
Ministre de l'intérieur  
et des collectivités locales  
**Noureddine ZERHOUNI**

P. Le ministre  
de la défense nationale  
et par délégation  
*Le chef d'état major  
de l'Armée nationale populaire*

Le ministre de la santé et de la population  
**Mohammed Larbi ABDELMOUMEN**

**Mohamed LAMARI**

**ANNEXE  
CERTIFICAT MEDICAL  
Pour la détention et/ou le port d'arme**

Je soussigné Docteur :.....  
Exerçant à :.....  
Atteste que :  
Nom :..... Prénom :.....  
Né (e) le :.....à :.....

N'est pas atteint d'une maladie incompatible avec la détention et/ou le port d'arme conformément à l'arrêté interministériel du 11 Chaoual 1421 correspondant au 6 janvier 2001, fixant la liste des maladies incompatibles avec la détention et le port d'arme et les modalités de délivrance des certificats médicaux y relatifs.

Fait à .....le .....

(Cachet)

Signature



**Décret n° 88-75 du 5 avril 1988 faisant obligation à certains services, établissements et organismes publics, de se doter de moyens de secours d'alimentation électrique.**

Le Président de la République,

Sur le rapport du ministre de l'énergie et des industries chimiques et pétrochimiques,

Vu la Constitution et notamment ses articles 111-10° et 152 ;

Vu l'ordonnance n° 69-59 du 28 juillet 1959 portant dissolution d'électricité et gaz d'Algérie (E.G.A) et création de la société nationale de l'électricité et du gaz (SONELGAZ) ;

Vu la loi n° 85-07 du 6 août 1985 relative à la production au transport et à la distribution d'énergie électrique et à la distribution publique de gaz, notamment ses articles 4, 5, 11 et 12 ;

Vu le décret n° 84-123 du 19 mai 1984 fixant les attributions du ministre de l'énergie et des industries chimiques et pétrochimiques et celles du vice-ministre chargé des industries chimiques et pétrochimiques ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Conformément aux articles 11 et 12 de la loi 85-07 du 6 août 1985 susvisée, l'entreprise nationale dévolutive du monopole de la distribution d'électricité est tenue de fournir l'électricité en permanence, dans les conditions fixées par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 2** : Pour faire face aux interruptions et perturbations des réseaux de transports et de distribution d'énergie électrique du fait de situations exceptionnelles, les services, établissements et organismes publics importants ou présentant un caractère stratégique, dont le fonctionnement ne peut souffrir d'interruptions ou de perturbations dans leur alimentation en électricité, sont tenus de se doter de moyens de secours et de sécurité, soit par une production autonome d'électricité, soit de ligne (s) supplémentaire (s) d'alimentation.

**Article 3** : Le choix des moyens de secours à mettre en place devra porter sur la formule la plus appropriée pour parer aux risques de perturbations ou de défaillance dans l'alimentation normale, encourus par le service ou l'activité considérés.

**Article 4** : Les équipements destinés à la production autonome d'électricité devront répondre aux normes et spécifications techniques en vigueur.

**Article 5** : Des arrêtés conjoints du ministre chargé de l'énergie et du ministre responsable du secteur concerné fixeront, dans les trois mois à partir de la publication du présent décret au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, la liste des services, établissements et organismes publics concernés par les présentes dispositions.

Il importe, dans une mise en œuvre progressive des présentes mesures, de retenir un ordre de priorité à accorder aux services et établissements concernés.

**Article 6** : Les services, établissements et organismes publics visés à l'article 5 ci-dessus sont tenus de veiller à l'entretien en parfait état de fonctionnement de leurs équipements et moyens d'alimentation en énergie électrique de secours.

Des contrôles techniques desdits équipements et moyens seront effectués par les services compétents chargés du contrôle auprès du ministre de l'énergie et des industries pétrochimiques, qui adresseront rapport de leurs constatations au ministre chargé de l'énergie avec copie au ministre responsable du secteur concerné.

**Article 7** : Des arrêtés préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent décret.

**Article 8** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 avril 1988

**Chadli BENDJEDID**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE**

**INSTRUCTION N° 141/DC/MSP DU 13.08.1991**

**DESTINATAIRES :**

- M.M les D.S.P.S.
- M.M les Directeurs Généraux des C.H.U
- M.M les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés et des Secteurs Sanitaires.  
S/C des D.S.P.S.

« Pour exécution »

- Mr l'Inspecteur Général
  - M.M les Directeurs Centraux
  - M.M. les Walis
- « Pour Information »

**OBJET :** *Passation de service et coupure de gestion à l'occasion des mouvements de Directeurs de C.H.U., E.H.S. et S.S*

Aux termes de la loi N° 90-21 du 15 Août 1990 relative à la Comptabilité Publique, la qualité d'Ordonnateur naît à la nomination à l'emploi de Directeur d'Etablissement et prend fin à la cessation de fonction d'une part.

D'autre part, les Ordonnateurs sont responsables civilement et pénalement de la conservation et de l'utilisation des biens acquis sur les deniers publics. Et à ce titre, ils sont personnellement responsables de la tenue des inventaires des biens meubles et immeubles acquis ou dont ils sont affectataires.

Ces dispositions régissent les Directeurs des C.H.U., comme ceux des Secteurs Sanitaires et des Etablissements Hospitaliers Spécialisés qui sont statutairement les Ordonnateurs du budget de leur Etablissement.

Cette situation impose donc qu'en cas de changement de Directeur, la passation de service au successeur s'accompagne d'une coupure de gestion concrète, établie suivant une procédure arrêtée, celle figurant en annexe, qui marque, à un moment déterminé, la fin des responsabilités de gestionnaire du partant.

## COUPURE DE GESTION

### **A- PROCEDURE**

Les deux D.S.P.S. des wilayas concernés (ou le D.S.P.S. concerné quand le changement de Directeur n'affecte que les Etablissements d'une même wilaya) fixent les modalités pratiques de cessation de fonction en prenant, notamment les dispositions nécessaires pour que la coupure de gestion soit faite contradictoirement. C'est à dire avec la possibilité pour le nouveau Directeur de contredire en présence du D.S.P.S. ou de son représentant, les situations de gestion présentées par le Directeur partant.

Suivant l'importance de l'Etablissement Sanitaire, le D.S.P.S. préside lui-même la coupure de gestion ou bien désigne un de ses Adjoints pour mener l'opération.

A l'issue, il est établi en six (06) exemplaires, un dossier de coupure de gestion suivant le canevas indiqué ci-dessous. Ceux –ci sont destinés, l'un aux archives de l'établissement, un autre à la D.S.P.S. et les quatre restants au Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé. Ce dossier de coupure de gestion devra être élaboré par le Directeur sortant, dès la réception de son avis de fin de fonction.

Ce n'est qu'après l'accomplissement de ces formalités que le D.S.P.S. établit le procès-verbal de cessation de fonction du Directeur sortant.

### **B- LE CANEVAS DU DOSSIER DE COUPURE DE GESTION :**

#### **REMARQUES PRELIMINAIRES**

En ce qui concerne les Registres et Livres réglementaires on y relèvera la dernière ligne des Ecritures (ou bien les références du dernier P.V) et le numéro de la page utilisée. Les ratures auront été validées par opposition de la signature de l'Ordonnateur responsable.

Tout état annexé devra être certifié exact par le Directeur Sortant et il sera également visé par le Comptable chaque fois qu'il constitue ou a constitué un justificatif pour un ordre de paiement.

### **I- PRESENTATION DU SECTEUR SANITAIRE (E.H.S. ou C.H.U.)**

I/1 – Situation et composition

I/2 – Organisation

### **II- DIRECTION :**

2-1- Organigramme

2-2- Registre des Délibérations du conseil de Direction (ou Conseil d'Orientation)

- Points importants soulevés et non réglés

2-3- Registre de Délibération du Conseil Médical (ou Conseil Scientifique)

- Points importants soulevés et non – réglés.

2-4 Passation des archives administratives

2-5 Registre des biens Immeubles

-Etat faisant ressortir la situation

a) – des structures sanitaires extra hospitalières

b)-des logements de fonction intra et extra hospitalier (hors structures sanitaires ou non)

c)- de toute autre structure

2-6 Pla Directeur de l'établissement (projet ou approuvé)

2-7- Dossiers en instances au niveau du Directeur

### **III- LA GESTION DES PERSONNELS**

3.1. – Effectif Numérique théorique (normatif)

3.2. – Effectif numérique réel par corps, grades en indiquant les situations administratives : Stagiaires, Titulaires, Contractuels, Vacataires, étrangers.

3.3 – registres des délibérations des commissions paritaires des personnels

3.4. – Problèmes posés par la gestion des personnels

### **IV- LA GESTION FINANCIERE**

4.1. – Etat d'exécution du Budget en cours

a) – Crédits inscrits

b) – Engagements par titre et chapitre

c) – Liquidation par titre et chapitre

d) – Ordonnancement par titre et chapitre

e) – Paiement par titre et chapitre

4.2. – Reste à payer (hors A.G.I.)

a) – à l'égard des entreprises publiques

b) – à l'égard des entreprises privées

4.3. – A. G. I

a) – montant des crédits alloués

b) – Engagements

c) – paiement

d) – reliquat

e) – restes à payer des extérieurs antérieurs

4.4. – Comptabilité Deniers

a) – situation de trésorerie

b) – situation des paiements

c) – situation des restes à recouvrer

4.5. – Prévisions budgétaires pour le prochain exercice si la coupure de gestion se fait après le mois de juin

**V- GESTION DES SERVICES ECONOMIQUES**

- 5.1. – Registre des inventaires des biens mobiliers
- 5.2. – Etat des réformes
- 5.3. – Compte de gestion matières des 3 derniers exercices.
- 5.4. – Autres registres et livres réglementaires de l'économie

**VI- INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS :**

VI-1- Autorisation de programme de réalisation d'infrastructures et d'Equipements  
(Programmes sectoriels déconcentrés)

- Situation financière
- Crédits alloués
- Paievements
- Reliquats
- Situation physique
- Taux de réalisation
- Contraintes

VI-2- Travaux et Equipements sur le budget de fonctionnement de l'Etablissement.

- Plan annuel des travaux
- Travaux réalisés
- Restes à réaliser
- Contraintes

**VII-GESTION DES SERVICES SANITAIRES :**

- VII-1- Rapport annuel des activités de l'année antérieure
- VII-2- Rapports trimestriels des activités de l'année en cours

**VIII-PHARMACIE :**

- VIII-1- Les 3 derniers comptes annuels des opérations de la pharmacie
- VIII-2- Inventaires des stocks
- VIII-3- Stupéfiants
- Inventaire
- Arrêt du Registre en présence du pharmacien responsable.

**IX- FORMATION :**

- IX-1- Effectifs en formation, par catégorie, filière et option, d'une part et d'autre part par année de formation.
- IX-2- Formateurs
- IX-3- Locaux
- IX-4- Equipements
- IX-5- Problèmes inhérents à la Formation.

**CONCLUSIONS GENERALES**

-----  
 -----  
 -----

**EMARGEMENT**

Fait à .....le .....

Le Directeur Sortant	Le nouveau Directeur	Le D.S.P.S
M .....	M .....	M .....

**Copies :**

- Etablissement : 1 exemplaire
- D.S.P.S : 1 exemplaire
- Ministère de la Santé
- \*Cabinet : 3 exemplaires
- \* Inspection Générale : 1 exemplaire

Cette coupure de gestion consignée dans un dossier certifié par le Directeur partant, son successeur et le représentant de l'autorité tutelle, doit représenter un instantané de l'état du patrimoine mobilier immobilier, de la situation financière, des moyens mis en œuvre pour assurer le fonctionnement et le développement de l'établissement sanitaire concerné.

Cette coupure de gestion a aussi pour objectif de mettre, d'une part au Directeur sortant de rendre compte des efforts remplis pour maintenir ou développer l'Etablissement dont la direction lui a confiée, et d'autre part au Directeur succédant de définir le point de départ de ses nouvelles responsabilités et aussi d'assurer une continuité dans l'administration de l'Etablissement qu'il est appelé à diriger.

Le dossier de coupure de gestion sera établi en Six (6) exemplaires dont un (1) sera conservé dans l'établissement, un deuxième (2) à la Direction de la Santé et de la Protection Sociale de la Wilaya et transmettre (04) adressés au Directeur du Cabinet du Ministère de la Santé.

La non-application des dispositions de la présente instruction fera l'objet de sanction disciplinaire.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE. DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION GENERALE  
N° 191 /MSPRH/DAG/2005

Alger, le 21 Février 2005

- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des wilayas  
(Pour application et diffusion aux Etablissements sous tutelle).
- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires  
(Pour application).
- Messieurs les Directeurs Généraux des Etablissements Nationaux sous tutelle  
(Pour application).

**Objet :** *Protection des droits d'auteur et droits voisins sur les logiciels et autres applications informatiques.*

**Référence :** Instruction n°01/CG/SP du 23.01.2005 de M. le Chef du Gouvernement.

L'Instruction susvisée de M. le Chef du Gouvernement tend à rappeler les dispositions de l'ordonnance n°03-15 du 19.07.2003 relative aux droits d'auteur et aux droits voisins et par conséquent, au respect de cette réglementation.

En application de ces dispositions, notre pays tient à assainir la scène économique nationale des trafics de la contrefaçon en même temps qu'il entend instaurer le cadre approprié à des échanges internationaux, sous le sceau de l'impératif universel de loyauté et, de ce fait, prendre les sanctions civiles et pénales que cette législation énonce à rencontre des contrevenants.

Parmi les violations des droits d'auteur et des droits voisins, il a été rapporté l'utilisation, par des opérateurs, de logiciels et autres applications informatiques, sans l'acquisition de licence d'exploitation.

Cette violation de la loi s'avère, malheureusement, avoir été, dans certains cas, consommée par des établissements et institutions publics, y compris par méconnaissance,

A ce titre, je vous interpelle à l'effet :

- 1) De procéder à la vérification des systèmes informatiques de vos établissements,
- 2) D'engager des actions de régularisation de l'exploitation des logiciels et autres applications informatiques, dans le cas de constat d'anomalies, par rapport à la législation précitée.

J'attire votre attention que la responsabilité civile et pénale de chaque gestionnaire et responsable est directement engagée, en la matière.

J'attache une importance particulière à la mise en œuvre rigoureuse de cette instruction.

Le Directeur de l'Administration Générale

**Dahmoune SALAHEDDINE**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**LE MINISTRE**

الوزير

**CIRCULAIRE**  
**N° 001/SP/MIN/MSPRH/05 Du 04 juillet 2005**

**AUX GESTIONNAIRES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

Si les indicateurs épidémiologiques de base sont en constante amélioration et les soins tertiaires en progression continue, l'image du secteur est néanmoins et fondamentalement constituée de motifs d'insatisfaction. Insatisfaction des usagers et insatisfaction des personnels de la santé eux-mêmes. L'image du secteur de la santé s'en est par conséquent trouvée profondément ternie.

Cette situation tire sa substance des images négatives et induit l'émergence d'a priori négatifs qui ne peuvent être combattus que par une logique contraire basée sur des mutations positives, tangibles et durables. Et c'est là que réside le défi que nous devons toutes et tous relever afin que justice soit rendue à celles et à ceux, majoritaires, qui font honneur au secteur et se dévouent corps et âme à accomplir au mieux leur noble tâche arrachant de ce fait reconnaissance et haute considération.

L'image du secteur ne doit plus, en effet, continuer à être pervertie et rester otage de comportements négatifs qui sont le fait d'une minorité : l'absentéisme, le mauvais accueil, le non respect des rendez-vous, le détournement amoral des médicaments, des instruments, voire des malades, frôlant parfois l'escroquerie, l'usage pervers du conventionnement, le mauvais traitement des malades, l'opacité dans la gestion dans son acception la plus large, la non observation stricte de la législation et de la réglementation en vigueur, la perversion du temps complémentaire, le peu d'intérêt porté à la rationalité dans la dépense publique et au coût de la santé et la légèreté dans la préparation de l'application de la contractualisation.....Ces comportements sont certes, un phénomène minoritaire, mais ils n'en constituent pas moins un élément fédérateur de toutes les frustrations et tendent à jeter l'opprobre sur toute le communauté de la santé.

La morale, la justice et le sens de l'équité et de la connaissance envers la majorité innocente de ces actes commandent une lutte résolue contre cette logique de la perversion. Les différents acteurs du système national de santé, tous corps confondus, ne peuvent pas rester plus longtemps otages de cette situation.

Si le citoyen algérien, tant au niveau de la prévention qu'à celui des soins, est au cœur de la réforme hospitalière, les sommes colossales qui sont consacrées au développement du secteur de la santé au titre du programme de soutien à la croissance 2005-2009 initié par son excellence Monsieur le Président de la République, ainsi que celles qui sont mobilisées annuellement dans le cadre du budget ordinaire du secteur, ne sauraient s'accommoder de la logique de perversion.

Toute la rigueur nécessaire doit être instaurée à tous les niveaux pour éradiquer ces perversions et garantir les conditions idoines pour la mise en œuvre de la réforme de la santé.

Je compte sur l'adhésion des personnels de la santé pour relever ce défi dans notre action collective de redressement du secteur de la santé.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمار تو



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**LE MINISTRE**

الوزير

**CIRCULAIRE**  
**N° 002/SP/MIN/MSPRH/05 Du 06 juillet 2005**

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya :  
pour application, suivi et communication aux :
  - Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés : pour exécution ;
  - Directeurs des secteurs sanitaires : pour exécution ;
- Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires : pour exécution.

La persistance de pratiques allant à l'encontre de la décentralisation, de la concurrence et de la transparence est relevée en matière de transactions commerciales et d'achats réalisés par des établissements de notre secteur.

Par différents subterfuges, des monopoles refont surface d'une manière détournée, dans le cadre des opérations d'acquisition d'équipements, de produits pharmaceutiques et de consommables et ce, notamment, à travers des instructions visant la désignation d'un équipement donné, d'un produit donné ou d'un fournisseur donné.

Une instruction de quelque nature que ce soit, ne saurait en aucune manière déroger à un texte législatif ou réglementaire en vigueur, qu'il s'agisse d'un équipement, d'un produit ou d'un fournisseur de quelque statut juridique que ce soit.

Par conséquent, la présente circulaire emporte abrogation de toutes dispositions contraires.

Les contrôles qui seront effectués désormais sur le fonctionnement des établissements du secteur porteront également sur ces aspects.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

عمار تو

Le ministre

**Circulaire n° 08 /SP/MIN/MSPRH du 26 novembre 2005 relative à l'organisation de  
l'intervention des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique**

**Destinataires :**

- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé et de la Population des Wilayas.

**- Pour mise en application, suivi et évaluation**

**Pour mise en application, suivi, évaluation et communication :**

- aux directeurs des établissements hospitaliers spécialisés (E.HS).  
- aux directeurs des secteurs sanitaires  
- aux praticiens médicaux inspecteurs de santé publique.

- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux de Centres Hospitalo-Universitaires (C.H)  
- Monsieur le Directeur Général de l'Etablissement Hospitalier Universitaire (EHU) d'Oran

**pour information  
pour information**

La présente circulaire a pour objet de définir le cadre d'intervention des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique, issus de la première promotion - année 2005, Conformément aux dispositions du décret exécutif n°99-290 du 5 Ramadhan 1420 correspondant au 13 décembre 1999 modifiant et complétant le décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique, les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique sont mis en position d'activité au niveau des services Direction de la Santé et de la Population de leur wilaya d'origine. Les Directeurs de la Santé et de la Population sont tenus à cet effet d'assurer le maintien de leur salaire et de tous les avantages afférents au poste qu'ils occupaient jusque là en tant que praticiens, dans l'attente du réaménagement réglementaire souhaité. Les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique sont placés sous l'autorité du Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

**1 Champ d'intervention**

Les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique auront en charge un ou plusieurs établissements hospitaliers (centres hospitalo-universitaires, établissement hospitalier universitaire, établissements hospitaliers spécialisés et/ou secteurs sanitaires) et Direction de la Santé et de la Population, situés en dehors de leur wilaya de positionnement- Il est à noter toutefois que cet espace d'intervention n'est pas limitatif : des missions ponctuelles pourront leur être confiées sur décision du Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, ciblant d'autres établissements de santé ; de la même manière, chaque inspecteur doit s'attendre à ce que les établissements de santé relevant de son champ d'intervention, puissent être contrôlés ou faire l'objet de missions spécifiques par d'autres inspecteurs désignés par le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Au niveau des secteurs sanitaires, les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique auront la responsabilité du contrôle et de l'évaluation du fonctionnement et de la gestion de l'ensemble des structures extra-hospitalières publiques et privées (polycliniques, centres de santé, salles de soins et de consultations, cliniques, cabinets médicaux, laboratoires...), ainsi que toutes autres structures relevant du secteur (notamment les écoles paramédicales, les UDS, les SEMEP...) conformément aux tâches qui leurs sont conférées par le décret exécutif sus cité ( fonctionnement et gestion des établissements, application des programmes de santé, respect des règles d'hygiène, contrôle des services de garde et des urgences...) et aux priorités arrêtées par le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

En l'absence de pharmaciens inspecteurs et/ ou de chirurgiens-dentistes inspecteurs dans un établissement donné, c'est au médecin inspecteur que reviennent les inspections des pharmacies et/ou des structures de soins dentaires, relevant de l'établissement qu'il a en charge.

**2. Mise en œuvre du programme d'inspection**

Les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique accomplissent leurs missions dans le cadre de l'application du décret exécutif sus cité. Ils sont tenus d'établir un programme d'intervention avec un échéancier de réalisation à transmettre chaque année au plus tard le 31 décembre (pour le premier semestre de l'année suivante) et le 30 juin (pour le second semestre de l'année en cours). La mise en œuvre de ce programme fera l'objet de rapports mensuels, dressant le bilan des inspections réalisées, et présentant successivement :

- le diagnostic effectué par établissement ;
  - les mesures de redressement préconisées ;
  - l'échéancier de réalisation desdites mesures.

En cas de constat de manquement à la législation et à la réglementation en vigueur ou de toute situation pouvant porter atteinte à la santé des citoyens, les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique sont tenus d'en faire rapport immédiat au Ministre de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Le programme d'inspection établi par les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique doit inclure en outre les rappels périodiques et les inspections en vue du contrôle de l'application des mesures qu'ils auront préconisées. En tout état de cause, chaque praticien médical inspecteur de santé publique aura à inspecter au moins une fois par mois l'ensemble des établissements hospitaliers, structures extra-hospitalières et autres structures relevant du secteur et entrant dans le champ de ses compétences. Il est à noter toutefois qu'en sus de ce programme, un programme d'intervention complémentaire pourra leur être confié périodiquement, par le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Les Directeurs de la Santé et de la Population sont tenus d'assurer le bon déroulement des missions d'inspection. A ce titre, les Directeurs de la Santé et de la Population sont tenus, pour les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique positionnés au niveau de leur wilaya, outre l'octroi d'un bureau doté des moyens logistiques appropriés, d'assurer le transport (moyens communs aux inspecteurs d'une même wilaya) et les frais de missions réglementaires pour l'accomplissement des inspections qui sont programmées.

Ils sont tenus en outre, pour les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique qu'ils reçoivent en inspection au niveau de leur wilaya, d'assurer les conditions nécessaires au bon déroulement desdites inspections et d'informer en ce sens les responsables des structures sanitaires relevant de la wilaya.

Les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique sont tenus de porter à la connaissance du Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière toute entrave rencontrée dans l'accomplissement de leurs missions.

En application des dispositions de la présente circulaire, et conformément aux affectations données en annexe, les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique sont tenus de transmettre leur programme prévisionnel d'inspection pour le premier semestre 2006 au plus tard le 31 décembre 2005.

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات

عمار تو

**INSTRUCTION N° 006MIN/MSPRH/DU 05 JUIN 2006**  
**RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DES CIRCONCISIONS**

**DESTINATAIRES :**

- Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population « Pour application, suivi et communication aux :
- Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires : « Pour exécution »
- Directeur Général de l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran : pour exécution
- Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés : pour exécution
- Directeurs des Secteurs Sanitaires : pour exécution

Mon attention a été attirée sur l'organisation de campagnes de circoncisions pratiquées en dehors des structures hospitalières, qui ont eu des conséquences graves sur les enfants.

**Cette pratique ne doit plus être tolérée**

En conséquence, toute circoncision doit être prise en charge dans un établissement hospitalier public ou privé ou doivent être réunies toutes les conditions de sécurité pour la réussite de cet acte chirurgical qui doit être pratiqué par un chirurgien

**Le chirurgien devant pratiquer cet acte :**

- doit s'assurer qu'il n'y pas de contre indications médicales préalables ;
- doit s'assurer que les conditions d'hygiène, des gants et un champ opératoire stériles par enfant ;
- doit assurer le suivi de l'enfant circoncis jusqu'à cicatrisation complète ;
- ne doit en aucun cas utiliser le bistouri électrique et ou le thermocautère.

J'attache une importance particulière quant à la stricte application de la présente instruction qui devra faire l'objet d'une large diffusion auprès des établissements du secteur public, privé et parapublic.

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات  
عمار تو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Direction des Services de Santé

**INSTRUCTION N° 01 DU 02 MAI 2006 RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE  
DES MALADES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA**

- DESTINATAIRES :**
- Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population
  - Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU
  - Messieurs les Directeurs des EHS
  - Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires

Le VIH/SIDA est une menace sans précédent pour le développement humain, qui a entraîné la mise en place d'actions et d'engagements soutenus, ayant permis de prévenir de nouvelles infections et d'améliorer la qualité de la prise en charge et des traitements pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Dans notre pays, des efforts considérables ont été développés dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA particulièrement les aspects préventifs et curatifs néanmoins un volet très important dans la prise en charge a été occulté celui des « Soins palliatifs » qui sont des traitements destinés à atténuer la douleur et d'autres symptômes pénibles chez les personnes incurables et souvent en phase terminale.

Ces soins palliatifs, à leur intention, impliquant ;

- Traitement médical de tous symptômes
- Soins infirmiers
- Accès à l'hospitalisation et aux explorations fonctionnelles
- Soutien psychosocial
- Soutien aux familles.

Doivent être faits par toutes les équipes médicales : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens dentistes, techniciens de la santé et psychologues, en respectant les protocoles de prise en charge liés à la pathologie du VIH/SIDA

A cet effet, je vous instruis de mettre à la disposition des ces équipes médicales tous les moyens nécessaires pour la prise en charge des malades vivant avec la VIH/SIDA.

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la justice, garde des sceaux,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa),  
Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;  
Vu l'ordonnance n° 70-20 du 19 février 1970 relative à l'état civil ;  
Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;  
Vu la loi n° 84-11 du 9 juin 1984, modifiée et complétée, portant code de la famille, notamment les dispositions de l'article 7 bis ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 06-02 du 21 Moharam 1427 correspondant au 20 février 2006 portant organisation de la profession de notaire ;  
Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1<sup>er</sup> mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Décrète :

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de fixer les conditions et modalités d'application des dispositions de l'article 7 bis de la loi n° 84-11 du 9 juin 1984, susvisée.

**Article 2** : Chacun des futurs époux doit présenter un certificat médical, datant de moins de trois (3) mois, attestant qu'il a subi les examens médicaux prévus par le présent décret.

Le certificat prévu par le présent article est délivré par un médecin selon le modèle joint au présent décret.

**Article 3** : Le médecin ne peut délivrer le certificat médical prévu à l'article 2 ci-dessus qu'au vu des résultats :  
d'un examen clinique général ;  
du groupe sanguin, ABO + Rhésus.

**Article 4** : L'examen médical peut porter sur les antécédents héréditaires et familiaux, afin de dépister les tares et/ou certaines prédispositions morbides.

En outre, le médecin peut, après avoir informé l'intéressé des risques de constatations, lui conseiller des tests de dépistage de certaines maladies pouvant être transmises au conjoint et/ou à la descendance.

**Article 5** : Le médecin informe la personne examinée de ses constatations ainsi que des résultats des examens effectués conformément aux dispositions de l'article 3 ci-dessus qui donnent lieu à l'établissement d'un certificat médical qui sera remis à l'intéressé.

**Article 6** : Le notaire ou l'officier d'état civil ne peut procéder à l'établissement de l'acte de mariage qu'après présentation, par chacun des futurs époux, du certificat médical prévu par le présent décret.

**Article 7** : Le notaire ou l'officier d'état civil doit constater, l'audition simultanée des deux futurs époux, qu'il ont pris connaissance des résultats des examens effectués par chacun d'entre eux et des maladies ou des facteurs de risques qu'il pourraient révéler et qui contre-indiquent le mariage. Il en est fait mention dans l'acte de mariage.

Le notaire ou l'officier d'état civil ne peut refuser la conclusion du mariage pour raisons médicales, à l'encontre de la volonté des concernés.

**Article 8** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 13 Rabie Ethani 1427 correspondant au 11 mai 2006.

**Ahmed OUYAHIA**

### CERTIFICAT MEDICAL PRENUPTIAL

(Etabli en application des dispositions de l'article 7 bis de la loi n° 84-11 du 9 juin 1984 portant code de la famille)

Je soussigné, Docteur :.....  
Nom et prénom:.....  
Docteur en médecine :.....  
Exerçant à :.....  
Adresse :.....  
Certifie avoir examiné en vue du mariage :.....  
Né(e) le :.....  
Demeurant à :.....  
C.I.N. n° :.....  
Etabli le présent certificat après avoir procédé à un examen clinique complet et pris connaissance des résultats des examens suivants :  
Groupe sanguin ABO+Rhésus .....  
Déclare en outre, avoir :

Informé l'intéressé(e) des résultats examens cliniques et des actions de nature à prévenir ou à réduire le risque pour lui (elle), son conjoint ou sa descendance;

Attire l'attention de la future épouse des risques d'une éventuelle rubéole qui peut être contractée au cours de la grossesse ;

Insiste sur les facteurs de risques pour certaines maladies.

Ce certificat est délivré à l'intéressé (e), en mains propres, pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à:.....le: .....



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**CIRCULAIRE N° 13 MIN/MSPRH/ DU 21 JANVIER 2007 RELATIVE A L'ORGANISATION DES VISITES AUX MALADES**

**DESTINATAIRES :**

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**
  - Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés pour exécution ;
  - Directeurs des secteurs sanitaires pour exécution
- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires: **pour exécution**
- Messieurs les Directeurs Généraux des Etablissements Hospitaliers et Etablissement Hospitaliers « **pour mise en œuvre** »

Il nous a été donné de constater, lors des inspections menées au niveau des établissements hospitaliers, que les visites aux malades hospitalisés sont permises soit plusieurs fois par jour, soit sans discontinuité au mépris souvent des horaires affichés.

Cette situation est de nature à perturber les activités de soins et la bonne marche des services concernés; elle constitue en outre une cause de gêne et d'inconfort voire de risque de contamination, pour les malades hospitalisés.

Aussi est-il demandé à l'ensemble des responsables d'établissements hospitaliers de limiter désormais les visites à une visite quotidienne entre 13H30 et 15H30.

En dehors de ces horaires, toute visite, à titre exceptionnel, devra faire l'objet d'une autorisation dûment signée par le directeur de l'établissement ou par un de ses adjoints dûment autorisé.

De plus, les consignes de rigueur dans tout hôpital, doivent être respectées, notamment:

- l'interdiction de visites, sauf autorisation expresse du chef de service concerné, au niveau des unités de soins intensifs;
- la limite du nombre de visiteurs à deux visiteurs à la fois par malade;
- le respect de l'interdiction de fumer, de s'asseoir sur les lits des malades, de ramener des enfants de moins de 15 ans.

Les consignes à respecter au cours des visites doivent faire l'objet d'affichage au niveau des services et de contrôle par le personnel chargé de la surveillance.

Les responsables des établissements hospitaliers sont tenus d'assurer la diffusion de la présente circulaire à l'ensemble des services hospitaliers relevant de leur compétence.

Le 21 Janvier 2007

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمار تو

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION**  
**ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**CIRCULAIRE N° 01 MSPRH/DSS DU 05 JUIN 2007**

**RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DES PARTURIENTES DANS DES STRUCTURES SANITAIRES NE DISPOSANT PAS DE  
GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS**

**Mme & Mrs les Directeurs de la santé et de la population « TOUS »**

Le nombre élevé des requêtes et plaintes émanant de toutes les régions du pays dont les structures sanitaires ne comptent pas de Gynécologues Obstétriciens, engendrant ainsi, l'évacuation des parturientes qui présentent des accouchements dystociques, fait l'objet d'une attention particulière de l'administration centrale.

Afin de parer à cette situation, je vous rappelle que le Chirurgien Généraliste est en mesure de prendre en charge ces parturientes, nécessitant un acte chirurgical (Césariennes).

Les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas sont chargés de l'exécution de la présente de la présente circulaire.

مدير المصالح الصحية  
الحكيم رشيد بو عكاز

# **Statuts et Organigrammes des Etablissements Publics de Santé**

Le Chef de Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-124 du 30 avril 1990, fixant les attributions du ministre de la santé ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Dans le cadre de la politique générale du Gouvernement et du programme d'action approuvés conformément aux dispositions de la Constitution, le ministre de la santé et de la population propose les éléments de la politique nationale en matière de santé et de population et en assure la mise en œuvre conformément aux lois et règlement en vigueur. Il rend compte des résultats de son activité au Chef du Gouvernement et au conseil des ministres selon les formes, modalités et échéances établies.

**Article 2 :** Le ministre de la santé et de la population détermine la stratégie et les objectifs de développement des activités du secteur, notamment en matière :

d'études générale ou spécifiques concourant à la connaissance et à la maîtrise du secteur ;

de prévention et de sauvegarde de la santé de la population ;

de définition des priorités et de mise en œuvre des stratégies en matière de population, notamment par la maîtrise de la croissance démographique et de la planification familiale ;

d'organisation sanitaire, notamment l'établissement de la carte sanitaire ;

de soins médicaux dans les structures de santé ;

de définition des profils de formation des personnels médicaux et paramédicaux ;

d'exercice des professions de santé ;

d'approvisionnement et distribution de médicaments, d'équipement et matériels médicaux ;

des conditions et modalités de fabrication des produits pharmaceutiques ;

de protection sanitaire en milieu éducatif, familial et spécifique ;

de protection sanitaire en milieu de travail.

**Article 3 :** Pour assurer les missions définies ci dessus, le ministre de la santé et de la population :

initie, élabore et met en œuvre les mesures législatives et réglementaires régissant les activités relevant de son domaine de compétence et veille à leur application ;

impulse les activités liées à la prévention et à la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques et propose les mesures de leur prise en charge par l'Etat ;

initie et met en œuvre les mesures de lutte contre les nuisances et pollutions ayant un impact sur la santé de la population.

**Article 4 :** Le ministre de la santé et de la population élabore et veille à l'application des normes de fonctionnement des structures centrales et déconcentrées ainsi que des établissements publics relevant du ministère de la santé et de la population. Il en assure l'évaluation.

**Article 5 :** Le ministre de la santé et de la population veille au développement de ressources humaines qualifiées pour les besoins des activités dont il a la charge.

Il initie, propose et met en œuvre l'action de l'Etat à cet effet, notamment en matière de formation, de perfectionnement et de recyclage.

Il organise les professions et édicte la réglementation en la matière.

**Article 6 :** Le ministre de la santé et de la population a l'initiative de la mise en place d'un système d'information relatif aux activités relevant de sa compétence. Il en élabore les objectifs et les stratégies, en cohérence avec le système national d'information à tous les échelons.

**Article 7 :** Le ministre de la santé et de la population a l'initiative de la mise en place d'un système de contrôle relatif aux activités relevant de son domaine de compétence. Et en définit les moyens humains, en cohérence avec le système national de contrôle à tous les échelons.

**Article 8 :** Le ministre de la santé et de la population participe et apporte son concours aux autorités compétentes concernées dans toutes les négociations internationales, bilatérales et multilatérales liées aux activités relevant de sa compétence.

Il veille à l'application des conventions et accords internationaux et met en œuvre, en ce qui concerne les départements ministériels, les mesures relatives à la concrétisation des engagements auxquels l'Algérie a souscrit.

Il participe aux activités des organismes régionaux et internationaux ayant compétence dans le domaine de la santé et de la population.

Il assure, en concertation avec le ministre chargé des affaires étrangères, la représentation du secteur aux institutions internationales traitant de questions rentrant dans le cadre de ses attributions.

Il accomplit toute autre mission de relations internationales qui pourrait lui être confiée par l'autorité compétente.

**Article 9 :** Pour assurer la mise en œuvre des missions et la réalisation des objectifs qui lui sont assignés, le ministre de la santé et de population propose toute institution de concertation et de coordination interministérielle et tout autre organe de nature à permettre une meilleure prise en charge des missions qui lui sont confiées.

Il participe à l'élaboration de la réglementation applicable aux personnels de santé.

Il évalue les besoins en moyens matériels, financiers et humains du secteur et prend les mesures appropriées pour les satisfaire dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

**Article 10 :** Sont abrogées les dispositions du décret exécutif n° 90-124 du 30 avril 1990 susvisé ;

**Article 11 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996.

**Ahmed OUYAHIA.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n°04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n°05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1<sup>er</sup> mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-188 du 23 juin 1990 déterminant les structures et organes de l'administration centrale des ministères ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n° 2000-150 du 25 Rabie El Aouel 1421 correspondant au 28 juin 2000 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé et de la population ;

**Décète:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Sous l'autorité du ministre, l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière comprend :

— le secrétaire général assisté de deux (2) directeurs d'études et auquel est rattaché le bureau du courrier et le bureau ministériel de la sécurité interne de l'établissement ;

— le chef de cabinet assisté de huit (8) chargés d'études et de synthèse, chargés :

— de la préparation et de l'organisation de la participation du ministre aux activités gouvernementales et celles liées aux relations avec le Parlement ;

— de la préparation et de l'organisation des activités du ministre dans le domaine des relations extérieures et de la coopération ;

— du suivi du dossier relatif à la protection du patrimoine et l'initiation de campagnes d'inspection et de contrôle visant la sécurité des personnes et du patrimoine public ;

— de la préparation et de l'organisation des activités du ministre dans le domaine des relations avec les organes d'information ;

— du suivi du fonctionnement des instances scientifiques des établissements et institutions de santé ;

— du suivi des réformes et des programmes de développement du secteur ;

— du suivi, de la coordination et de l'animation des activités de recherche du secteur ;

— du suivi des doléances et des requêtes ;

et de cinq (5) attachés de cabinet

— l'inspection générale dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par décret exécutif.

— Les structures suivantes :

— la direction des services de santé,

— la direction de la prévention,

— la direction de la pharmacie,

— la direction de la population,

— la direction de la planification et du développement.

— la direction de la réglementation et de la documentation,

— la direction des ressources humaines,

— la direction des finances et des moyens.

**Article 2 : La direction des services de santé, chargée :**

— d'étudier et de proposer les mesures destinées à :

— l'organisation et au fonctionnement des services de santé ;

— l'amélioration des conditions d'hospitalisation ;

— la prise en charge médicale des maladies chroniques et des maladies émergentes et réémergentes ;

— assurer une couverture sanitaire équilibrée et complète de la population ;

— assurer l'accès aux soins des catégories en difficulté ;

— assurer la hiérarchisation des soins ;

— veiller à l'unification du système national de santé ;

— assurer la répartition harmonieuse et le contrôle technique de l'ensemble des moyens sanitaires ;

— de participer à la définition et à la tarification des actes médicaux ;

— de recueillir les données statistiques et procéder à l'évaluation des actions et mesures relevant de ses missions.

Elle comprend quatre (4) sous-directions :

La sous-direction des établissements hospitaliers, chargée :

— d'étudier et de proposer les mesures destinées à l'organisation et au fonctionnement des établissements hospitaliers du secteur public et les cliniques d'hospitalisation du secteur privé ;

— d'étudier et de proposer les mesures destinées à l'organisation et au fonctionnement des maternités et services ou unités de néonatalogie ;

— de participer à la définition des besoins en soins et en moyens hospitaliers correspondants ;

— de veiller à la répartition équitable, à la coordination et au contrôle technique de l'ensemble des moyens hospitaliers ;

— de proposer toutes mesures destinées à assurer la rationalisation du fonctionnement des établissements hospitaliers et à la mise à jour de la carte de leur implantation.

La sous-direction des structures extra-hospitalières, chargée :

— d'étudier, d'élaborer et de proposer les mesures destinées à l'organisation et au fonctionnement des structures sanitaires extra-hospitalières publiques et privées ;

— de participer à la définition des besoins en matière de structures extra-hospitalières et en moyens nécessaires correspondants ;

— de définir les prestations des soins de base et d'organiser leur déroulement dans les différentes structures extra-hospitalières ;

— de participer à l'intégration des activités sanitaires et à la hiérarchisation des soins ;

— de veiller à la répartition équilibrée, à la coordination et au contrôle technique de l'ensemble des structures de santé extra-hospitalières.

La sous-direction des urgences et des soins de proximité, chargée :

— d'étudier et de proposer les mesures destinées à assurer l'organisation et le fonctionnement régulier des structures et services des urgences et des secours ;

— de participer à la définition et à la mise en place de mesures et de stratégies de lutte contre les calamités, catastrophes et accidents de toute nature à travers notamment la définition d'un plan ORSEC ;

— de participer à l'établissement d'une carte nationale des urgences et d'en assurer le suivi et la mise à jour régulière ;

— d'étudier et de proposer toutes mesures destinées à assurer la continuité des soins et à renforcer l'accessibilité de la population aux soins de santé, y compris à travers des alternatives à l'hospitalisation et à travers des unités sanitaires mobiles.

La sous-direction de l'action sanitaire en milieu spécifiques, chargée :

— de normaliser les services et activités de médecine du travail ;

— d'animer, de contrôler et d'évaluer les programmes et actions sanitaires en milieu du travail ;

— de contribuer à la normalisation des activités d'hygiène et de sécurité et à l'élaboration des normes en matière de conditions de travail ;

- d'organiser la prise en charge des affections psychiatriques ;
- de coordonner les activités de soins dans les établissements d'éducation et de formation ;
- de coordonner les activités de soins dans les établissements de rééducation et en milieu pénitentiaire ;
- d'animer, de contrôler et d'évaluer les actions sanitaires visant la protection des catégories en difficulté notamment les handicapés et les jeunes en danger moral ;
- de veiller à la répartition équilibrée, à la coordination et au contrôle technique de l'ensemble des moyens afférents à ces activités.

**Article 3 : La direction de la prévention**, chargée :

- d'étudier et de proposer, en liaison avec les services et organismes concernés, les mesures appropriées destinées à assurer :
- la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- l'hygiène publique et l'assainissement de l'environnement ;
- d'étudier, de proposer et de suivre les programmes de prévention ;
- de procéder à l'évaluation des actions entreprises et en établir les bilans.

Elle comprend quatre (4) sous-directions :

La sous-direction des maladies transmissibles et de l'hygiène du milieu, chargée :

- d'étudier, d'élaborer et de proposer les programmes de prévention, notamment en matière d'hygiène du milieu et de maladies transmissibles et de veiller à leur application ;
- d'établir, en liaison avec les structures concernées, un système de veille sanitaire en particulier pour ce qui concerne les maladies émergentes et réémergentes ;
- d'assurer les relations et la coordination intersectorielles dans le domaine de la prévention des maladies transmissibles :
- d'élaborer, de suivre et d'évaluer les programmes de lutte contre les infections nosocomiales ;
- d'étudier et de proposer toutes mesures liées à la gestion et au traitement des déchets hospitaliers ;
- de recueillir les données épidémiologiques et d'évaluer les actions entreprises.

La sous-direction des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles, chargée :

- d'étudier, d'élaborer et de proposer les programmes de prévention visant à réduire l'incidence des maladies chroniques ;
- d'assurer, en liaison avec les secteurs concernés, la promotion de modes de vie sains et de mettre en œuvre les programmes appropriés en vue de lutter contre les accidents notamment domestiques et les fléaux sociaux ;
- de mettre en place un système d'information en vue du suivi des maladies non transmissibles ;
- d'établir les bilans périodiques d'évaluation des actions entreprises.

La sous-direction "mère et enfant", chargée :

- de définir et mettre en œuvre les programmes visant la protection de la santé de la mère et la prévention des affections liées à la grossesse et à l'accouchement ;
- d'élaborer, de suivre et d'évaluer les programmes de santé relatifs à la nutrition et aux vaccinations contre les maladies infantiles ;
- de suivre et de traiter, conjointement avec les secteurs concernés, les questions se rapportant à la protection sanitaire des enfants et des adolescents.

La sous-direction de la prévention en milieu éducatif, chargée :

- d'animer, de contrôler et d'évaluer les activités de prévention en milieux scolaire et universitaire et dans les centres de formation professionnelle :
- de contribuer à la prévention et à la promotion de modes de vie sains dans les autres milieux éducatifs notamment préscolaire et centres de vacances et de loisirs ;
- d'élaborer et de mettre en œuvre les programmes d'éducation pour la santé en milieux éducatifs.

**Article 4 : La direction de la pharmacie**, chargée :

- de définir les besoins en produits pharmaceutiques et d'élaborer les mesures appropriées destinées à assurer leur régulation et leur disponibilité ;
- de veiller à une saine concurrence ;
- d'évaluer et de suivre le marché du médicament ;
- d'évaluer la consommation des médicaments ;
- de contribuer à la promotion des investissements en produits pharmaceutiques ;
- d'évaluer les coûts et budgets relatifs aux produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ;
- d'étudier et de proposer toutes mesures destinées à assurer l'organisation de la pharmacie notamment la pharmacie hospitalière
- d'étudier, d'élaborer et de proposer toutes mesures destinées à déterminer les prix des produits pharmaceutiques ;
- de veiller à l'enregistrement, au contrôle et à la sécurité des produits pharmaceutiques ;
- de procéder à l'évaluation des actions entreprises et d'en établir les bilans.

Elle comprend quatre (4) sous-directions :

La sous-direction de l'enregistrement, chargée :

- de l'élaboration et de la mise à jour périodique de la nomenclature des produits pharmaceutiques ;
- de la supervision et de la validation des essais cliniques des médicaments ;
- de l'enregistrement des produits pharmaceutiques.

La sous-direction de la régulation et des activités techniques, chargée :

- de suivre les investissements en matière de produits pharmaceutiques ;
- d'aider à la promotion de l'industrie pharmaceutique ;
- de délivrer les autorisations d'exploitation des établissements de production des produits pharmaceutiques et d'assister la production nationale de médicaments ;
- de veiller à l'implantation équilibrée des officines pharmaceutiques ;
- de veiller à la saine concurrence ;
- d'étudier et de proposer les mesures destinées à assurer la régulation de la consommation pharmaceutique et de l'importation :
- de contrôler la publicité et l'information médico-pharmaceutique.

La sous-direction de la pharmacie hospitalière, chargée :

- de veiller à assurer la disponibilité des produits pharmaceutiques dans les structures de soins ;
- d'élaborer et de mettre à jour des nomenclatures hospitalières des produits pharmaceutiques par service ;
- d'organiser et de fixer les procédures de gestion et de contrôle des pharmacies hospitalières ;
- de réhabiliter les préparations de pharmacie.

La sous-direction des prix et du marché des produits pharmaceutiques, chargée :

- de proposer toutes mesures visant la fixation des prix des produits pharmaceutiques ;
- de contribuer à l'évaluation des budgets et des coûts des produits pharmaceutiques ;
- de participer à la mise en place d'un régime de remboursement des médicaments ;
- de développer un système d'informations statistiques visant à connaître l'évolution de la demande et de l'offre en matière de produits pharmaceutiques ;
- d'évaluer le marché et la consommation ;
- d'impulser et d'initier les études visant à apprécier la satisfaction des besoins de la population en matière de médicaments ;
- d'initier toute mesure visant l'étude comparée des coûts des produits pharmaceutiques.



**Article 5 : La direction de la population, chargée :**

- d'étudier et de proposer les stratégies et programmes de population visant le renforcement de la relation population et développement ;
- de proposer toutes mesures destinées à la maîtrise de la croissance démographique ;
- de proposer et mettre en œuvre les programmes visant à améliorer la santé reproductive ;
- d'évaluer les résultats des actions entreprises et en établir les bilans.

Elle comprend trois (3) sous-directions :

La sous-direction des programmes de population, chargée :

- de mettre en œuvre les stratégies et programmes en matière de population en vue de l'équilibre entre la croissance démographique et le développement économique et social ;
- d'animer, de suivre et d'évaluer les programmes liés à la population ;
- d'étudier et de proposer toutes mesures législatives ou réglementaires susceptibles de contribuer à la maîtrise de la croissance démographique et au renforcement de la relation entre population et développement ;
- de définir et de promouvoir des programmes d'information, d'éducation et de communication dans le domaine de la population.

La sous-direction des études et analyses en population, chargée :

- d'entreprendre, d'impulser et de développer les études en population ;
- de définir les objectifs stratégiques en matière de population ;
- de contribuer à l'analyse des phénomènes démographiques et de leur impact sur le contexte économique et social ;
- de contribuer à l'élaboration et à la diffusion des informations démographiques.

La sous-direction de la santé reproductive et de la planification familiale, chargée :

- de développer l'accès aux services et d'améliorer la qualité des prestations de santé reproductive et de planification familiale ;
- d'étudier et de proposer les normes et critères de performance en la matière ;
- de proposer toutes mesures visant à développer l'adhésion à la planification familiale et à améliorer l'accès aux services ;
- de suivre, de réguler et d'évaluer les programmes d'approvisionnement en produits contraceptifs ;
- de proposer les actions nécessaires à l'amélioration des capacités techniques des personnels dans ce domaine ;
- de proposer les actions destinées au développement des services et conseils dans ce domaine ;
- de participer à la définition et à la mise en œuvre des autres programmes liés à la santé de la reproduction tels que le dépistage des cancers génitaux, la prise en charge des infertilités et la santé génétique dans tous les cycles de vie.

**Article 6 : La direction de la planification et du développement, chargée :**

- d'étudier, en liaison avec les services et organismes concernés, les propositions relatives à la détermination des besoins sanitaires du pays et à la planification des moyens destinés à les couvrir ;
- de tenir à jour les informations relatives à la réalisation des projets d'investissements publics inscrits au plan de développement et des projets d'investissements privés ;
- d'élaborer et de tenir à jour la carte sanitaire nationale ;
- de veiller à la collecte permanente des informations et données sanitaires ;
- d'assurer la couverture des besoins en équipements et proposer les mesures appropriées destinées à assurer leur régulation et leur disponibilité ;
- de proposer et suivre la normalisation des moyens et ressources du secteur ;
- de contribuer à la définition des mesures visant à évaluer les performances des personnels et services de santé ;
- d'étudier et de proposer toutes mesures destinées à améliorer la gestion des structures et établissements de santé.

Elle comprend quatre (4) sous-directions :

La sous-direction des systèmes d'information, chargée :

- de définir les supports d'information et leur circulation ;
- d'élaborer et de maintenir les bases de données du secteur notamment la répartition de la population, des infrastructures et des équipements médicaux ;
- d'organiser la collecte, l'exploitation et l'analyse des informations sanitaires et toute information concernant le secteur ;
- de mettre à la disposition des différents intervenants les statistiques sanitaires ;
- de concevoir et de mettre en œuvre le plan de généralisation de l'utilisation de l'outil informatique dans le secteur ;
- de promouvoir l'utilisation des nouvelles technologies de l'information pour la production et la diffusion de l'information sanitaire.

La sous-direction de la planification et des programmes d'investissement, chargée :

- de déterminer les besoins sanitaires au plan national et au plan local en collaboration avec les services et les organismes relevant du ministère chargé de la santé ;
- d'étudier et d'élaborer les propositions relatives à la détermination continue des besoins sanitaires ;
- d'étudier la conformité des dossiers d'investissements privés et délivrer les agréments y afférents ;
- de tenir à jour les informations relatives aux projets d'investissements publics et privés ;
- d'élaborer et de tenir à jour la carte sanitaire nationale.

La sous-direction des équipements et du matériel médical, chargée :

- de proposer les mesures destinées à l'homologation des équipements médicaux, de l'instrumentation et des consommables et d'assurer leur mise en œuvre ;
- de participer à la définition des normes en matière d'équipement et d'instrumentation médicaux ;
- de proposer et de suivre toutes mesures susceptibles de concourir à la maintenance des équipements médicaux ;
- de gérer et d'assurer le suivi et l'évaluation du programme des contrats d'importation d'équipements et matériel médicaux.

La sous-direction de la normalisation des moyens et de l'évaluation des activités et des coûts, chargée :

- de définir les normes en vue d'une utilisation rationnelle des ressources humaines, financières et matérielles ;
- de promouvoir la normalisation des moyens par discipline et activité ;
- d'établir, de façon périodique, le bilan des actions entreprises dans le domaine de la normalisation ;
- de normaliser et d'évaluer les activités de santé ;
- de définir les critères d'attribution et de régulation des moyens financiers ;
- d'analyser l'information financière et de proposer toutes mesures destinées à assurer la maîtrise des coûts en tenant compte des niveaux d'activité.

**Article 7 : La direction de la réglementation et de la documentation, chargée :**

- de mener toutes études et tous travaux d'élaboration, de coordination et de synthèse relatifs à l'application de la législation et de la réglementation régissant les activités dévolues au secteur de la santé ;
- d'assurer le suivi du traitement des affaires contentieuses du secteur ;
- d'assurer la gestion et la conservation des archives et de la documentation de l'administration centrale.

Elle comprend trois (3) sous-directions :

La sous-direction de la réglementation, chargée :

- d'étudier les projets de textes émanant des autres ministères, de recueillir les avis des structures concernées et d'établir les réponses y afférentes ;
- de centraliser et d'assurer la cohérence des avant-projets et des propositions de textes élaborés par les structures de l'administration centrale et de veiller à la conformité de ces textes aux lois et aux règlements en vigueur ;
- d'effectuer les recherches nécessaires à la codification des textes en vigueur concernant le secteur de la santé.

La sous-direction du contentieux, chargée :

- de suivre les actions contentieuses du secteur ;
- d'assurer l'évaluation et l'analyse périodiques des affaires contentieuses du secteur ;
- de proposer toute mesure d'organisation et de fonctionnement en relation avec le contentieux.

La sous-direction de la documentation et des archives, chargée :

- d'assurer la gestion des archives de l'administration centrale ;
- de veiller à l'harmonisation et à la modernisation des méthodes et des procédures de gestion des archives du secteur ;
- de collecter les informations à caractère juridique et d'en assurer la diffusion ;
- de développer les actions de documentation du secteur ;
- d'assurer la gestion du bulletin officiel du ministère chargé de la santé.

**Article 8 : La direction des ressources humaines,** chargée :

- de proposer et de mettre en œuvre la politique de gestion et de valorisation des ressources humaines du secteur ;
- d'étudier et de proposer toutes mesures de nature à promouvoir une formation adaptée aux besoins essentiels du secteur de la santé ;
- de définir, proposer et mettre en œuvre les programmes de formation à même de répondre aux besoins du secteur ;
- de déterminer les programmes de formation initiale et continue ;
- d'assurer la gestion des relations de travail.

Elle comprend trois (3) sous-directions.

La sous-direction des personnels, chargée :

- d'assurer le recrutement et la gestion des personnels de l'administration centrale ;
- de participer à l'évaluation des besoins en personnels ;
- d'étudier et de proposer, en liaison avec les structures concernées de l'administration, les projets de textes relatifs aux statuts des personnels de la santé et à l'organisation de leur promotion ;
- d'établir et de tenir à jour le fichier central des personnels de la santé ;
- d'assurer la gestion des personnels étrangers exerçant au titre de la coopération technique en application des dispositions des conventions ratifiées et des accords signés ;
- d'étudier et de proposer toutes mesures de nature à favoriser la participation des partenaires sociaux dans l'élaboration et la réalisation des objectifs de santé publique ;
- de réunir les conditions nécessaires à la bonne gestion des relations de travail.

La sous-direction de la formation initiale, chargée :

- de participer à la détermination des profils de postes et des profils de formation des personnels de santé ;
- de valider les programmes de formation initiale ;
- de déterminer les besoins de formation spécialisée de base des personnels d'encadrement en gestion administrative et technique ;
- de procéder, en relation avec les institutions de formation concernées, à la révision et à l'enrichissement permanent des programmes de formation initiale applicables aux personnels chargés de l'administration et de la gestion.

La sous-direction de la formation continue, chargée :

- d'identifier les besoins en formation continue et d'élaborer les programmes y afférents ;
- de veiller à l'élaboration et à la validation des plans locaux de formation continue des personnels de santé ;
- d'évaluer l'impact de la formation continue sur la qualité des prestations.

**Article 9 : La direction des finances et des moyens** chargée :

- d'évaluer les besoins en crédits de fonctionnement de l'administration centrale et des services déconcentrés relevant du secteur ;
- d'exécuter les budgets de fonctionnement et d'équipement de l'administration centrale du ministère chargé de la santé ;
- de procéder au contrôle de la gestion financière et comptable des établissements de santé et de proposer toutes mesures visant à améliorer l'efficacité dans la gestion des établissements de santé ;
- d'assurer le suivi de la contractualisation et des mesures prises dans le cadre de la réforme hospitalière.

Elle comprend quatre (4) sous-directions :

La sous-direction du budget et de la comptabilité, chargée :

- de centraliser, d'examiner et d'élaborer les projets de budgets de fonctionnement et d'équipement des structures et établissements publics du secteur de la santé, en liaison avec les services du ministère chargé des finances ;
- d'assurer l'exécution des budgets de l'administration centrale ;
- d'étudier et de proposer les mesures destinées à l'amélioration des modalités d'exécution des budgets ;
- de centraliser les situations comptables des budgets de fonctionnement et d'équipement ;
- d'assurer le fonctionnement de la commission ministérielle des marchés publics et de veiller au respect des procédures d'établissement des contrats.

La sous-direction du contrôle de la gestion, chargée :

- de veiller à l'application de la législation et de la réglementation relatives à la gestion financière ;
- d'assurer le contrôle de l'exécution des budgets des structures sanitaires et des établissements relevant du ministère chargé de la santé ;
- de proposer toutes mesures destinées à améliorer les modalités de contrôle de la gestion comptable des budgets ;
- de proposer toutes mesures susceptibles d'améliorer la rationalisation dans l'utilisation des moyens financiers.

La sous-direction du suivi de la contractualisation, chargée :

- d'assurer le suivi de la contractualisation des établissements de santé avec les organismes de sécurité sociale ;
- de veiller à l'utilisation des supports liés à la mise en œuvre de la contractualisation au niveau des établissements de santé ;
- de veiller à la mise en œuvre des projets d'établissements et de services au niveau des établissements hospitaliers

La sous-direction des moyens généraux, chargée :

- de gérer les moyens de l'administration centrale ;
- de veiller à la sécurité, à l'hygiène et à l'entretien des biens meubles et immeubles de l'administration centrale ;
- d'assurer les conditions matérielles nécessaires aux activités des structures de l'administration centrale ;

**Article 10 :** Les structures du ministère chargé de la santé, de la population et de la réforme hospitalière exercent, chacune en ce qui la concerne, sur les organismes et les établissements du secteur, les prérogatives et missions qui leur sont confiées dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

**Article 11 :** L'organisation en bureaux de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière est fixée par arrêté conjoint du ministre des finances, du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et de l'autorité chargée de la fonction publique, dans la limite de deux (2) à quatre (4) bureaux par sous-direction.

**Article 12 :** Les dispositions du décret exécutif n° 2000-150 du 25 Rabie El Aouel 1421 correspondant au 28 juin 2000, susvisé, sont abrogées.

**Article 13 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 Chaoual 1426 correspondant au 7 novembre 2005.

Ahmed OUYAHIA

**Arrêté interministériel du 26 Rabie El Aouel 1427 correspondant au 25 avril 2006 portant organisation en bureaux de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.**

Le Chef du Gouvernement,  
Le ministre des finances,  
Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1<sup>er</sup> mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 90-188 du 23 juin 1990 déterminant les structures et organes de l'administration centrale des ministères ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu le décret exécutif n° 05-428 du 5 Chaoual 1426 correspondant au 7 novembre 2005 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, notamment son article 11 ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions de l'article 11 du décret exécutif n° 05-428 du 5 Chaoual 1426 correspondant au 7 novembre 2005, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer l'organisation en bureaux de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 2 :** Le secrétariat général comprend :

Le bureau du courrier.

**Article 3 :** La direction des services de santé est organisée comme suit

La sous-direction des établissements hospitaliers composée de quatre (4) bureaux :

- le bureau de l'organisation des services hospitaliers universitaires,
- le bureau de l'organisation des services hospitaliers du secteur public et privé,
- le bureau de l'organisation des soins maternels, périnatals et néonataux,
- le bureau du contrôle technique des moyens hospitaliers.

La sous-direction des structures extra-hospitalières composée de trois (3) bureaux :

- le bureau de l'organisation et du fonctionnement des structures extra-hospitalières,
- le bureau de coordination et de la hiérarchisation des soins de base,
- le bureau du contrôle technique des structures extra-hospitalières publiques et privées.

La sous-direction des urgences et de soins de proximité composée de trois (3) bureaux :

- le bureau de l'organisation et du fonctionnement des urgences,
- le bureau de l'organisation des secours,
- le bureau des soins de proximité.

La sous-direction de l'action sanitaire en milieux spécifiques composée de trois (3) bureaux :

- le bureau de la santé en milieu du travail,
- le bureau de l'organisation de la prise en charge des affections psychiatriques,
- le bureau de l'organisation de la prise en charge des catégories en difficulté et en cours d'éducation et de formation.

**Article 4 :** La direction de la prévention est organisée comme suit :

La sous-direction des maladies transmissibles et de l'hygiène du milieu composée de quatre (4) bureaux :

- le bureau de l'hygiène hospitalière,
- le bureau de la surveillance épidémiologique et de veille sanitaire,
- le bureau des maladies à transmission vectorielle,
- le bureau des maladies à transmission non vectorielle.

La sous-direction des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles composée de trois (3) bureaux :

- le bureau du système d'information, de suivi et d'évaluation des maladies non transmissibles,
- le bureau de lutte contre les facteurs de risques, les accidents domestiques et les fléaux sociaux,
- le bureau des programmes de prévention spécifiques.

La sous-direction mère et enfant composée de trois (3) bureaux :

- le bureau de la prévention de la santé maternelle, périnatale et néonatale,
- le bureau de la vaccination et de la nutrition,
- le bureau de la protection sanitaire des enfants et des adolescents.

La sous-direction de la prévention en milieu éducatif composée de deux (2) bureaux :

- le bureau de la prévention en milieu scolaire,
- le bureau de la prévention dans les autres milieux éducatifs.

**Article 5 :** La direction de la pharmacie est organisée comme suit :

La sous-direction de l'enregistrement composée de deux (2) bureaux :

- le bureau de la nomenclature des produits pharmaceutiques,
- le bureau des essais cliniques et expertises.

La sous-direction de l'enregistrement composée de deux (2) bureaux :

- le bureau du suivi et du contrôle des investissements et des établissements de production de produits pharmaceutiques,
- le bureau de la régulation de la consommation des produits pharmaceutiques et de l'importation,
- le bureau de la promotion médicale des produits pharmaceutiques.

La sous-direction de la pharmacie hospitalière composée de deux (2) bureaux :

- le bureau de l'organisation et du suivi de la pharmacie hospitalière,
- le bureau de l'évaluation de la gestion du produit pharmaceutique hospitalier.

La sous-direction des prix et du marché des produits pharmaceutiques composée de deux (2) bureaux :

- le bureau des études du marché des produits pharmaceutiques,
- le bureau des prix des produits pharmaceutiques.

**Article 6 :** La direction de la population est organisée comme suit

La sous-direction des programmes de population composée de deux (2) bureaux :

- le bureau de coordination et du suivi des programmes,
- le bureau des activités d'information, éducation et de communication.

La sous-direction des études et analyses en population composée de deux (2) bureaux :

- le bureau des études en population,
- le bureau de traitement et analyse des données démographiques.

**La sous-direction de la santé reproductive et de la planification familiale** composée de deux (2) bureaux :

- le bureau de la santé reproductive,
- le bureau de la planification familiale.

**Article 7: La direction de la planification et du développement** est organisée comme suit :

**La sous-direction des systèmes d'information** composée de trois (3) bureaux :

- le bureau de la conception du système d'information du secteur,
- le bureau du développement informatique,
- le bureau du traitement des statistiques.

**La sous-direction de la planification et des programmes d'investissement** composée de trois (3) bureaux :

- le bureau des programmes et du suivi des projets d'investissement,
- le bureau de l'investissement privé,
- le bureau de la carte sanitaire.

**La sous-direction des équipements et du matériel médical** composée de trois (3) bureaux :

- le bureau de la normalisation et de l'homologation techniques,
- le bureau de suivi des programmes d'importation,
- le bureau du suivi de la maintenance des équipements médicaux.

**La sous-direction de la normalisation des moyens et de l'évaluation des activités et des coûts** composée de trois (3) bureaux

- Le bureau de la normalisation des moyens,
- Le bureau de l'évaluation des activités,
- Le bureau des coûts.

**La sous-direction de la régulation et des activités techniques** composée de trois (3) bureaux :

- le bureau du suivi et du contrôle des investissements et des établissements de production de produits pharmaceutiques,
- le bureau de la régulation de la consommation des produits pharmaceutiques et de l'importation,
- le bureau de la promotion médicale des produits pharmaceutiques.

**La sous-direction de la pharmacie hospitalière** composée de deux (2) bureaux

- le bureau de l'organisation et du suivi de la pharmacie hospitalière,
- le bureau de l'évaluation de la gestion du produit pharmaceutique hospitalier.

**La sous-direction des prix et du marché des produits pharmaceutiques** composée de et deux (2) bureaux

- le bureau des études du marché des produits pharmaceutiques,
- le bureau des prix des produits pharmaceutiques.

**La sous-direction de la planification et des programmes d'investissement** composée de trois (3) bureaux

- le bureau des programmes et du suivi des projets d'investissement,
- le bureau de l'investissement privé,
- le bureau de la carte sanitaire.

**La sous-direction des équipements et du matériel médical** composée de trois (3) bureaux

- le bureau de la normalisation et de l'homologation techniques,
- le bureau de suivi des programmes d'importation,
- le bureau du suivi de la maintenance des équipements médicaux.

**La sous-direction de la normalisation des moyens et de l'évaluation des activités et des coûts** composée de trois (3) bureaux :

- Le bureau de la normalisation des moyens,
- Le bureau de l'évaluation des activités,
- Le bureau des coûts.

**Article 8 : La direction de la réglementation et de la documentation** est organisée comme suit

**La sous-direction de la réglementation** composée de deux (2) bureaux :

- le bureau des études juridiques,
- le bureau de la réglementation sanitaire.

**La sous-direction du contentieux** composée de deux (2) bureaux :

- le bureau du traitement et du suivi des affaires contentieuses,
- le bureau de l'évaluation et d'analyse des affaires contentieuses.

**La sous-direction de la documentation et des archives** composée de deux (2) bureaux

- le bureau de la documentation et du bulletin officiel,
- le bureau des archives.

**Article 9 : La direction des ressources humaines** est organisée comme suit :

**La sous-direction des personnels** composée de quatre (4) bureaux :

- le bureau de la gestion du personnel de l'administration centrale,
- le bureau de la gestion du personnel médical,
- le bureau de la gestion des personnels d'encadrement,
- le bureau des relations publiques.

**La sous-direction de la formation initiale** composée de deux (2) bureaux :

- le bureau des profils et programmes,
- le bureau de l'évaluation des besoins en personnel de santé,

**La sous-direction de la formation continue** composée de trois (3) bureaux :

- le bureau de l'évaluation des besoins en personnel de santé,
- le bureau des programmes de formation,
- le bureau de l'évaluation de l'impact.

**Article 10:** La direction des finances et des moyens est organisée comme suit :

**La sous-direction du budget et de la comptabilité** composée de quatre (4) bureaux :

- le bureau du budget et de la comptabilité de l'administration centrale,
- le bureau des budgets de fonctionnement des services déconcentrés, des établissements de santé et autres établissements sous tutelle,
- le bureau des budgets d'équipement des services déconcentrés, des établissements de santé et autres établissements sous tutelle,
- le bureau des marchés publics.

**La sous-direction du contrôle de la gestion** composée de trois (3) bureaux :

- le bureau du contrôle de gestion des établissements de santé,
- le bureau du contrôle de gestion des services déconcentrés et autres établissements sous tutelle,
- le bureau de la normalisation et de la modernisation des techniques de gestion.

**La sous-direction de suivi de la contractualisation** composée de trois (3) bureaux :

- le bureau de l'évaluation de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale,
- le bureau du suivi de la promotion des sources de financement,
- le bureau du suivi de la mise en œuvre des projets d'établissements et de services.

**La sous-direction des moyens généraux** composée de deux (2) bureaux

- le bureau de la gestion des moyens de l'administration centrale et des approvisionnements,
- le bureau de la maintenance et de l'entretien.

**Article 11 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 26 Rabie El Aouel 1427 correspondant au 25 avril 2006.

Le ministre  
des finances

**Mourad MEDELICI**

Le ministre de la santé,  
de la population  
et de la réforme hospitalière  
**Amar TOU**

Pour le Chef du Gouvernement et par délégation,  
Le directeur général de la fonction publique.  
**Djamel KHARCHI**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est créé un bulletin officiel publié par le ministère de la santé et de la population dénommé bulletin officiel du ministère de la santé et de la population.

**Article 2** : Dans le bulletin officiel du ministère de la santé et de la population sont insérés :

- les textes législatifs et réglementaires, les circulaires, informations et études relatifs à la santé et à la population,
- les décisions individuelles du ministère de la santé et de la population y compris pour les catégories de personnels dont les décisions individuelles ne sont pas publiables par le *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Article 3** : Les modalités d'application des dispositions du présent décret seront précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 4** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 juin 1993

**Belaid ABDESSELAM**



Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2);

Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995 portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 90-188 du 23 juin 1990 déterminant les structures et les organes de l'administration centrale des ministères;

Vu le décret exécutif n° 90-226 du 25 juillet 1990 fixant les droits et obligations des travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat;

Vu le décret exécutif n° 90-227 du 25 juillet 1990 fixant la liste des fonctions supérieures de l'Etat, au titre de l'administration des institutions et organismes publics;

Vu le décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990 fixant le mode de rémunération applicable aux travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat;

Vu le décret exécutif n° 91-505 du 21 décembre 1991 portant missions, organisation et fonctionnement de l'inspection générale du ministère de la santé et des affaires sociales;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population;

Vu le décret exécutif n° 96-67 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé et de la population;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de créer et de définir les missions, l'organisation et le fonctionnement de l'inspection générale du ministère de la santé et de la population.

**Article 2** : En application de l'article 17 du décret exécutif n° 90-188 du 23 juin 1990 susvisé, l'inspection générale, placée sous l'autorité du ministre de la santé et de la population, est chargée de concevoir et de mettre en œuvre les mesures et les moyens nécessaires pour l'évaluation et le contrôle des activités des structures, organismes et établissements relevant du secteur de la santé et de la population.

**Article 3** : Dans le cadre des missions générales prévues à l'article 2 ci-dessus, l'inspection générale est notamment chargée de:

— s'assurer du fonctionnement normal et régulier des structures, organismes et établissements relevant du secteur de la santé et de la population.

— prévenir les défaillances dans la gestion et la marche de leurs services,

— veiller à l'application de la législation et de la réglementation qui les concernent,

— orienter et conseiller les gestionnaires pour leur permettre de mieux assurer leurs prérogatives dans le respect des lois et règlements en vigueur,

— veiller à l'utilisation rationnelle et optimale des moyens et des ressources mis en place,

— s'assurer de la concrétisation de l'impératif de rigueur dans l'organisation du travail,

— s'assurer de la mise en œuvre et du suivi des décisions et orientations qui leurs sont données par le ministre de la santé et de la population.

**Article 4** : L'inspection générale procède à des vérifications sur pièces et/ou sur place qui portent notamment sur les conditions et les procédures :

— d'application des programmes nationaux établis par le ministère de la santé et de la population,

— des services assurés aux usagers quant à leur qualité,

— des organes et structures d'organisation et leur fonctionnement,

— de gestion et d'utilisation de leurs moyens humains,

— de gestion et d'utilisation de leurs ressources financières,

— d'utilisation, de préservation, de maintenance et de sécurité de leur patrimoine immobilier et mobilier.

A l'issue de ses interventions, l'inspection générale peut proposer toute mesure susceptible d'améliorer et de renforcer l'exercice des activités des organes, structures et établissements inspectés.

**Article 5** : L'inspection générale intervient sur la base d'un programme annuel d'évaluation et de contrôle qu'elle établit et qu'elle soumet à l'approbation du ministre.

Elle peut, également, intervenir de manière inopinée à la demande du ministre.

**Article 6** : Toute mission d'évaluation ou de contrôle est sanctionnée par un rapport que l'inspecteur général adresse au ministre.

L'inspecteur général est tenu d'établir un bilan annuel des activités de l'inspection générale qu'il adresse au ministre.

**Article 7** : L'inspection générale est tenue de préserver la confidentialité des informations et des documents dont elle a la gestion, le suivi ou la connaissance.

Les inspecteurs sont habilités à avoir accès et à demander toutes informations et documents jugés utiles pour l'exécution de leurs missions.

**Article 8** : L'inspection générale peut à l'occasion de ses interventions, prendre les mesures conservatoires dictées par les circonstances en vue de rétablir le bon fonctionnement des structures, organismes et établissements inspectés.

Elle doit rendre compte immédiatement au ministre.

**Article 9** : L'inspection générale est dirigée par un inspecteur général assisté de six (6) inspecteurs.

**Article 10** : L'inspecteur général anime, coordonne et suit les activités des inspecteurs sur lesquels il exerce un pouvoir hiérarchique.

Il rend compte régulièrement au ministre des activités menées par l'inspection générale.

Dans la limite de ses attributions, l'inspecteur général reçoit délégation de signature du ministre.

**Article 11** : La répartition des tâches entre les inspecteurs est fixée par le ministre sur proposition de l'inspecteur général.

**Article 12** : Les emplois d'inspecteur général et d'inspecteurs, prévus par le présent décret, sont des fonctions supérieures de l'Etat.

**Article 13** : L'inspecteur général et les inspecteurs sont nommés par décret exécutif, sur proposition du ministre de la santé et de la population.

Les emplois prévus par le présent décret sont classés et rémunérés dans les conditions prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 14** : Sont abrogées les dispositions contraires au présent décret, notamment le décret exécutif n° 91-505 du 21 décembre 1991, sus visé.

**Article 15** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996.

**Ahmed OUYAHIA.**



Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;  
Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques et économiques ;  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;  
Vu le décret n° 64-110 du 10 avril 1964 portant création de l'institut national de la santé publique ;  
Vu le décret n° 83-455 du 23 juillet 1983 relatif aux unités de recherche scientifique et technique ;  
Vu le décret n° 86-52 du 18 mars 1986 portant statut type des travailleurs du secteur de la recherche scientifique et technique ;  
Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;  
Vu le décret exécutif n° 90-124 du 30 avril 1990 fixant les attributions du ministre de la santé ;  
Vu le décret exécutif n° 91-311 du 7 septembre 1991 relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics ;

**Décète :**

## TITRE I DENOMINATION - SIEGE – OBJET

**Article 1<sup>er</sup>** : L'institut national de la santé publique créé par le décret n° 64-110 du 10 avril 1964 susvisé est réorganisé conformément aux dispositions du présent décret.

**Article 2** : l'institut national de la santé publique dénommé ci-après « L'institut » par abréviation « INSP » est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

**Article 3** : Le siège de l'institut est fixé à Alger; il peut être transféré en tout autre lieu du territoire national par arrêté du ministre chargé de la santé.

Il peut être créé des annexes de l'institut par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 4** : L'institut a pour objet de réaliser des travaux d'étude et de recherche en santé publique permettant de fournir au ministre de tutelle, les instruments scientifiques et techniques nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et de promotion de la santé publique et à leur coordination intra et intersectorielle.

**Article 5** : En matière d'information sanitaire et de communication sociale l'institut est chargé :

- de recueillir, traiter et diffuser toute information utile sur la population, son environnement, et ses problèmes de santé,
- de mettre en place un dispositif de surveillance épidémiologique, et veiller à son évaluation régulière et permanente,
- d'entreprendre des études sur les coûts de la santé,
- de constituer une banque de données et d'archives en matière de santé et veiller à sa mise à jour,
- de promouvoir la communication sociale en matière de santé, notamment à l'attention de la population et des professionnels de la santé.

**Article 6** : En matière de lutte contre la maladie et en relation avec les secteurs concernés, l'institut est chargé de:

- proposer des programmes de lutte et de prévention se rapportant aux maladies prévalentes dans le pays,
- procéder au suivi technique et à l'évaluation de ces programmes et d'en faire rapport au ministre de tutelle.

**Article 7** : En matière de protection et de promotion de la santé et en relation avec les secteurs concernés, l'institut contribue à:

- identifier les besoins et les problèmes de santé des différentes catégories de la population;
- élaborer des modèles de prise en charge des populations à risque,
- identifier les problèmes de santé physique et mentale de la jeunesse, et proposer des programmes de prise en charge ainsi que des actions éducatives appropriées,
- proposer des actions en vue de la protection et de la promotion de l'hygiène du milieu et de l'environnement, notamment par la mise en place d'un système de surveillance.

**Article 8** : En matière d'activité de laboratoire, l'institut est chargé:

- d'assurer un soutien technique aux programmes de lutte contre les maladies, aux actions et programmes de santé ainsi qu'au contrôle des eaux, des aliments, des médicaments, des cosmétiques et des substances toxiques,
- de fournir une assistance technique aux différents laboratoires de santé en matière de méthodes et techniques de contrôle,
- de développer le contrôle scientifique et technique du médicament.

**Article 9** : En matière de formation et de recherche en santé publique notamment pour les besoins des programmes de santé, l'institut est chargé:

- d'organiser des séminaires et ateliers de recyclage et de perfectionnement,
- de contribuer à la formation des différentes catégories de professionnels de la santé avec les institutions et organismes habilités,
- d'initier des programmes de recherche en santé publique,
- de participer à la recherche scientifique en relation avec les différentes institutions nationales et internationales, traitant des problèmes de santé publique,
- de promouvoir et assurer la publication des travaux de recherche en santé publique et d'éducation concernant les problèmes de santé.

**Article 10** : L'institut est habilité à offrir des prestations en matière de formation notamment par l'organisation de cycles de formation.

**Article 11** : l'institut est habilité à:

- passer des contrats et conventions de formation, d'étude et de consultation, avec toute entreprise, administration ou autre organisme,
- à établir des conventions de coopération avec des organismes similaires nationaux ou étrangers, les organisations internationales et les organisations non gouvernementales,
- à participer aux rencontres et travaux nationaux ou internationaux intéressant son domaine d'activité.

**Article 12** : L'institut peut organiser des rencontres nationales et/ou internationales liées à son objet.

## TITRE II ORGANISATION ADMINISTRATIVE

**Article 13** : L'institut est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général, assisté d'un secrétaire général. L'institut est doté d'un conseil scientifique.

L'organisation interne de l'institut qui comporte des départements administratifs et scientifiques est fixée par arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la santé, le ministre chargé des finances et l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 14 :** Pour la réalisation de ses missions, l'institut peut faire appel à toute personne qualifiée à titre de consultant ou d'expert dans le cadre de ses missions.

## **Chapitre 1 Le conseil d'administration**

**Article 15 :** Le conseil d'administration est composé :

- du représentant du ministre chargé de la santé président,
- d'un représentant du ministre de la défense nationale,
- d'un représentant du ministre chargé des finances,
- d'un représentant du ministre chargé de l'éducation nationale,
- d'un représentant du ministre chargé de la recherche,
- d'un représentant du ministre chargé du travail,
- d'un représentant du ministre chargé de la jeunesse,
- d'un représentant de l'autorité chargée de la fonction publique,
- de deux experts nationaux en santé publique choisis par le ministre chargé de la santé,
- d'un membre élu du conseil scientifique de l'INSP.

**Article 16 :** Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de quatre (4) années renouvelable par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition des autorités dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

**Article 17 :** Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire au moins 2 fois par an, sur convocation de son président. L'ordre du jour est établi par le président sur proposition du directeur général de l'institut. Le directeur général assiste au conseil d'administration, avec voix consultative.

Il en assure le secrétariat.

**Article 18 :** Le conseil d'administration délibère conformément aux lois, aux règlements et au présent statut en session ordinaire sur :

- les projets d'organisation interne et de règlement intérieur,
- les projets de programme de travail annuel et pluriannuel ainsi que le bilan d'activité de l'année écoulée;
- les conditions générales de passation des contrats, accords et conventions engageant l'institut,
- les projets de budget de fonctionnement et d'investissement,
- l'acceptation ou le refus des dons et legs,
- les modalités d'utilisation des ressources propres générées par son activité, notamment, sur tout projet d'exploitation industrielle de brevets et savoir faire professionnel,
- sur tout projet de transfert du siège de l'institut et de création d'annexes.

**Article 19 :** Le conseil d'administration peut être réuni en session extraordinaire sur convocation de son président, ou du ministre chargé de la santé, ou à la demande des 2/3 des membres pour toute question à caractère urgent liée aux activités de l'institut.

**Article 20 :** Le conseil d'administration ne délibère valablement que si les deux tiers de ses membres sont présents.

Si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil d'administration se réunit valablement, après une deuxième convocation, dans la semaine qui suit la séance reportée et délibère quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix des membres présents.

Les délibérations sont consignées dans des procès verbaux et transcrites sur un registre spécial.

## **Chapitre 2 Le directeur général**

**Article 21 :** L'institut est dirigé par un directeur général nommé par décret exécutif sur proposition du ministre chargé de la santé.

Il doit être obligatoirement un médecin ayant une expérience d'au moins 10 ans dans le domaine de la santé publique.

Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

**Article 22 :** Le directeur général représente l'institut en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il accomplit toutes les opérations entrant dans le cadre des missions de l'institut et prend à cet effet, toutes les décisions nécessaires.

A ce titre :

Il met en œuvre les décisions du conseil d'administration.

Il établit le projet d'organigramme et de règlement intérieur de l'institut.

Il procède au recrutement des personnels permanents et temporaires.

Il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes de l'institut.

Il exerce le pouvoir de gestion et le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble des personnels de l'institut.

Il peut signer toute convention, contrat et accord.

Il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature au profit de ses collaborateurs.

Il est assisté, dans le domaine de l'élaboration, l'évaluation et la coordination des programmes d'études d'un conseil scientifique.

Il adresse au ministre chargé de la santé le bilan annuel des activités de l'institut approuvé par le conseil d'administration.

## **Chapitre 3 Le conseil scientifique**

**Article 23 :** Le conseil scientifique de l'institut est chargé :

- d'étudier et arrêter pour le compte du conseil d'administration les projets de programmes d'activités et de recherche en santé publique,
- d'arrêter avec les structures et organismes concernés, le programme des manifestations scientifiques de l'institut,
- d'œuvrer pour la mise à jour et à l'enrichissement du fonds documentaire de l'institut,
- de définir en liaison avec les institutions et organismes concernés le plan de formation des personnels,
- de participer avec les services concernés à la prévision et à la répartition des budgets de formation et de recherche en santé publique.

**Article 24 :** Le conseil scientifique de l'institut comprend :

- le directeur général de l'institut, président,
- les chefs de départements scientifiques de l'institut,
- deux membres de la communauté scientifique nationale reconnus pour leur compétence en santé publique désignés par le directeur général de l'institut.

Le conseil scientifique peut faire appel à toute personne qualifiée susceptible de contribuer à la réalisation de ses missions.

**Article 25 :** Les membres du conseil scientifique cessent d'appartenir au dit conseil, lorsqu'ils perdent la qualité qui a présidé à leur choix.

**Article 26 :** Le conseil scientifique se réunit en session ordinaire, sur convocation de son président au moins une fois par trimestre. Il peut se réunir en session extraordinaire chaque fois que nécessaire, sur convocation de son président.

La réunion en session extraordinaire du conseil scientifique peut être provoquée, soit à l'initiative du président, soit à la demande de la majorité de ses membres.

Le secrétariat du conseil scientifique est assuré par un chef de département de l'institut désigné à cet effet par le directeur général.

### TITRE III DISPOSITIONS FINANCIERES

**Article 27 :** Le budget de l'institut préparé par le directeur général est présenté au conseil d'administration qui en délibère. Il est ensuite soumis à l'approbation conjointe, du ministre de tutelle et du ministre chargé des finances.

**Article 28 :** Le budget de l'institut comprend :

**A) au titre des ressources:**

- 1) les subventions allouées par l'Etat, par les collectivités locales et par les établissements ou organismes publics,
- 2) les recettes diverses liées à l'activité de l'institut,
- 3) les dons et legs.

**B) au titre des dépenses:**

- 1) les dépenses de fonctionnement,
- 2) les dépenses d'équipement,
- 3) toutes dépenses nécessaires à la réalisation des objectifs de l'institut.

**Article 29 :** La comptabilité de l'institut, est tenue par un agent comptable désigné ou agréé par le ministre chargé des finances.

**Article 30 :** Le compte de gestion est établi par l'agent comptable qui certifie que le montant des titres à recouvrer et les mandats émis, sont conformes à ses écritures.

Il est soumis par le directeur de l'institut au conseil d'administration, accompagné du compte administratif et d'un rapport contenant tous les développements et explications sur la gestion financière de l'institut.

Il est ensuite transmis, pour approbation conjointe, au ministre de tutelle et au ministre chargé des finances accompagné des observations du conseil d'administration.

**Article 31 :** Le contrôle financier de l'institut est exercé par un contrôleur financier désigné par le ministre chargé des finances.

**Article 32 :** Les dispositions du décret n° 64-110 du 10 avril 1964 susvisé contraires à celles du présent décret sont abrogées.

**Article 33 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 janvier 1993.

**Bélaïd ABDESSELAM.**

Le Premier ministre,  
Sur rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n°88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;  
Vu la loi n°90-21 du 15 août 1990, modifiée et complétée, relative à la comptabilité publique ;  
Vu la loi n°90-30 du 1er décembre 1990, modifiée et complétée, portant loi domaniale ;  
Vu l'ordonnance n°95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;  
Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;  
Vu le décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;  
Vu le décret présidentiel n°09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n°89-11 du 7 février 1989 érigeant en école nationale de santé publique l'institut de technologie de santé publique d'Oran ;  
Vu le décret exécutif n°91-311 du 7 septembre 1991, modifié et complété, relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics ;  
Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu le décret exécutif n°96-92 du 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996, modifié et complété, relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires ;  
Vu le décret exécutif n°04-73 du 12 Moharram 1425 correspondant au 4 mars 2004 portant réaménagement du statut de l'école nationale de santé publique ;  
Vu le décret exécutif n°08-04 du 11 Moharram 1429 correspondant au 19 janvier 2008 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret exécutif n°09-161 du 7 Joumada El Oula 1430 correspondant au 2 mai 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des administrateurs des services de santé ;  
Après approbation du Président de la République ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de fixer les dispositions applicables à l'école nationale de santé publique, prévues par le décret exécutif n°04-73 du 12 Moharram 1425 correspondant au 4 mars 2004, susvisé, ci-après désignée « l'école ».

CHAPITRE I

**DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 2 :** L'école est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elle prend la dénomination de : « Ecole nationale de management et de l'administration de la santé », par abréviation « ENMAS ».

**Article 3 :** L'école est placée sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

**Article 4 :** Le siège de l'école est fixé à Alger.

**Article 5 :** L'école a pour missions :

- d'assurer la formation spécialisée de haut niveau dans les différentes disciplines de la gestion et du management des établissements et des structures de santé ;
- d'assurer la formation continue pour les professionnels de la santé dans le domaine de la gestion des établissements de santé ;
- d'entreprendre des actions de perfectionnement et de recyclage dans le domaine du management au profit des personnels d'encadrement ;
- de participer au développement des techniques modernes de management dans les établissements et structures de santé ;
- d'entreprendre et de contribuer au développement de la recherche dans le domaine du management et de la gestion des établissements et structures de santé ;
- de réaliser des études et des publications en rapport avec ses missions en vue de promouvoir le management dans les établissements et structures de santé ;
- d'établir des relations d'échanges et de coopération avec les organismes nationaux ou étrangers exerçant dans le même domaine d'activité. A ce titre, l'école participe à des actions de coopération avec les réseaux nationaux et internationaux de formation, d'expertise et de recherche.

Elle peut, en outre, assurer, pour d'autres utilisateurs des formations, des études et des expertises entrant dans le cadre de ses missions.

CHAPITRE II

**ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT**

**Article 6 :** L'école est administrée par un conseil d'administration et dirigée par un directeur général. Elle est dotée d'un conseil scientifique.

Section 1

**Le conseil d'administration**

**Article 7 :** Le conseil d'administration de l'école, présidé par le ministre chargé de la santé ou son représentant, comprend :

- un représentant du ministre de la défense nationale ;
- un représentant du ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et des collectivités locales ;
- un représentant du ministre des finances ;
- un représentant du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;
- un représentant de l'autorité chargée de la fonction publique ;
- un directeur d'un établissement public de santé, désigné par le ministre chargé de la santé ;
- le président du conseil scientifique de l'école ;
- deux (2) représentants élus du corps enseignant ;
- un (1) représentant élu des personnels de l'école ;
- un (1) représentant élu des élèves de l'école.

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'aider dans ses travaux en raison de ses compétences.

Le directeur général de l'école assiste aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative. Il en assure le secrétariat.

**Article 8 :** Les membres du conseil d'administration sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent pour une durée de trois (3) ans.

Le représentant des élèves est élu pour une (1) année non renouvelable.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, il est procédé à son remplacement dans les mêmes formes. Le membre nouvellement désigné, lui succède jusqu'à expiration du mandat.

**Article 9 :** Le conseil d'administration délibère, notamment sur :

- les programmes de formation ;
- le projet de budget et le compte administratif ;
- le règlement pédagogique de l'école ;
- le projet de tableau des effectifs ;
- le règlement intérieur et l'organisation interne de l'école ;
- les contrats, conventions, accords et marchés ;
- les projets d'extension ou d'aménagement de l'école ;
- les dons et legs ;
- les projets de coopération internationale ;
- le rapport annuel d'activité de l'école.

**Article 10 :** Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire deux (2) fois par an, sur convocation de son président. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande du directeur général de l'école.

L'ordre du jour est fixé par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général de l'école.

Les convocations accompagnées de l'ordre du jour sont adressées aux membres au moins quinze (15) jours avant la date de la réunion. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans être inférieur à huit (8) jours.

**Article 11 :** Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'en présence de la moitié, au moins, de ses membres.

A défaut de quorum, une nouvelle réunion est convoquée dans les huit (8) jours qui suivent et le conseil peut délibérer quel que soit le nombre de ses membres présents.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité simple des membres présents ; en cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

**Article 12 :** Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux, consignés sur un registre ad hoc, coté et paraphé par le président du conseil d'administration.

Les procès-verbaux de réunions, signés par le président du conseil d'administration, sont transmis au ministre chargé de la santé pour approbation dans les huit (8) jours qui suivent la réunion.

Les délibérations sont exécutoires trente (30) jours après la date de leur transmission sauf opposition expresse notifiée dans ce délai.

#### Section 2

#### Le directeur général

**Article 13 :** Le directeur général de l'école est nommé par décret présidentiel, sur proposition du ministre chargé de la santé. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

Le directeur général de l'école est nommé parmi :

- les enseignants universitaires, justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en qualité de chef d'établissement public de formation ;
- les fonctionnaires, titulaires d'un diplôme post-gradué en sciences économiques, en gestion ou en droit, ayant dix (10) années d'ancienneté dont cinq (5) ans dans un poste d'encadrement dans les établissements relevant du ministre chargé de la santé.

**Article 14 :** Le directeur général assure le bon fonctionnement de l'école.

A ce titre, il est chargé, notamment :

- de veiller à la bonne marche des enseignements et au respect des modalités de sélection des candidatures et d'évaluation des élèves et stagiaires ;
- de prendre toutes mesures nécessaires à l'amélioration de l'enseignement et de la formation dispensés au sein de l'école ;
- de représenter l'école en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- de mettre en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;
- de proposer l'organisation interne et le règlement intérieur de l'école ;
- de proposer le règlement pédagogique de l'école ;
- de passer tous marchés, conventions, contrats et accords dans le cadre de la réglementation en vigueur ;
- de nommer les personnels pour lesquels il n'existe pas un autre mode de nomination conformément à la réglementation en vigueur ;
- d'exercer l'autorité hiérarchique sur l'ensemble du personnel de l'école ;
- de déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses principaux collaborateurs dans la limite de leurs attributions respectives ;
- d'élaborer le rapport d'activité de l'école.

Il est l'ordonnateur du budget de l'école.

**Article 15 :** Le directeur général de l'école est assisté dans ses missions d'un secrétaire général et de deux directeurs, chargés respectivement de la formation spécialisée et de la formation continue et de la recherche.

#### Section 3

#### Le conseil scientifique

**Article 16 :** Le conseil scientifique comprend les membres suivants :

- deux (2) enseignants associés ou vacataires, désignés par le directeur général de l'école ;
- deux (2) enseignants de l'enseignement supérieur dans les spécialités dispensées par l'école, désignés par le chef de l'établissement d'enseignement supérieur auquel ils appartiennent ;
- le directeur général de l'école ;
- le directeur chargé de la formation spécialisée ;
- le directeur chargé de la formation continue et de la recherche.

Le conseil scientifique est présidé par un enseignant parmi les enseignants cités à l'alinéa 1er ci-dessus ayant le rang ou le grade le plus élevé désigné pour une période de trois (3) ans.

Le conseil scientifique peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux en raison de ses compétences.

**Article 17 :** Le conseil scientifique émet son avis et formule des propositions et des recommandations sur les questions relatives au fonctionnement pédagogique et scientifique de l'école, notamment sur :

- les programmes et les activités de formation de l'école ;
- le règlement pédagogique de l'école ;
- l'organisation des travaux de recherche et les projets de recherche ;
- l'organisation des concours d'accès aux différents examens organisés par l'école ;
- la désignation des jurys de soutenance de mémoires ;
- les publications de l'école et l'organisation des manifestations scientifiques ;
- les conventions de coopération et d'échanges avec les organismes nationaux et étrangers ;
- toute autre question d'ordre pédagogique, scientifique et de recherche en rapport avec ses missions.

**Article 18 :** Le conseil scientifique se réunit une (1) fois tous les trois (3) mois en session ordinaire. Il peut se réunir en session extraordinaire sur demande du directeur général de l'école.

Le conseil scientifique ne peut se réunir valablement que si la majorité simple de ses membres est présente. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et il peut se réunir, quel que soit le nombre des membres présents.



**Article 19 :** Les réunions du conseil scientifique sont sanctionnées par des procès-verbaux transcrits sur un registre ouvert à cet effet, coté et paraphé par le directeur général de l'école.

Le conseil scientifique élabore un rapport annuel sur ses activités qu'il transmet au directeur général de l'école.

Le conseil scientifique établit et adopte son règlement intérieur lors de sa première séance.

#### Section 4

#### Structures de l'école

**Article 20 :** L'école comprend, sous l'autorité du directeur général, les structures suivantes :

- un secrétariat général ;
- une direction de la formation spécialisée ;
- une direction de la formation continue et de la recherche.

**Article 21 :** Le secrétariat général est géré par un secrétaire général, il est chargé de l'animation et de la coordination des structures de l'école, notamment les questions d'administration générale, des ressources humaines, financières et de la gestion des moyens matériels. Il prend toutes les mesures visant à améliorer la prise en charge des élèves et des stagiaires.

**Article 22 :** Le secrétaire général est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'école. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

**Article 23 :** Le secrétaire général est assisté dans ses tâches par trois (3) chefs de service chargés respectivement de la gestion des ressources humaines, du budget et de la comptabilité ainsi que des moyens généraux et de soutien. Les chefs de service sont nommés par décision du directeur général de l'école.

Les chefs de service sont assistés par des chefs de bureau nommés par décision du directeur général de l'école.

**Article 24 :** La direction de la formation spécialisée est gérée par un directeur, elle est chargée de l'encadrement et du suivi de la formation spécialisée, d'entreprendre des actions visant à assurer un bon déroulement du concours d'accès à l'école, de la mise en œuvre, du suivi, du contrôle et de l'évaluation du programme de formation spécialisée. Elle est chargée également d'arrêter le programme annuel des stages et d'assurer leur organisation, leur mise en œuvre ainsi que l'évaluation de chaque élève sur les lieux d'affectation.

**Article 25 :** La direction de la formation continue et de la recherche est gérée par un directeur, elle est chargée de l'encadrement pédagogique, administratif et technique des activités de la formation continue et de la recherche, de la mise en œuvre, du suivi et du bon déroulement du programme annuel de formation continue des cadres gestionnaires des établissements publics de santé et d'autres professionnels de santé.

**Article 26 :** Les directeurs prévus aux articles 24 et 25 ci-dessus sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'école. Il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes.

**Article 27 :** Les directeurs sont assistés dans leurs tâches par trois (3) chefs de département chargés respectivement de la documentation, des programmes et de la scolarité, des manifestations scientifiques et de la coopération ainsi que de l'informatique. Les chefs de département sont nommés par décision du directeur général de l'école.

**Article 28 :** L'organisation interne de l'école est fixée conformément à la réglementation en vigueur.

La classification de l'école est fixée conformément à la réglementation en vigueur.

#### CHAPITRE III

#### ACTIVITES PEDAGOGIQUES ET SCIENTIFIQUES

##### Section 1

##### Le personnel enseignant

**Article 29 :** Pour la prise en charge des activités d'enseignement et de recherche, l'école fait appel aux enseignants universitaires, aux chercheurs, aux consultants et aux personnels qualifiés nationaux et étrangers conformément à la réglementation en vigueur.

##### Section 2

##### La formation spécialisée

**Article 30 :** L'accès à la formation spécialisée, prévue à l'article 5 (alinéa 1) ci-dessus, est subordonné à un concours sur épreuves, ouvert dans la limite des places disponibles par arrêté du ministre chargé de la santé.

La durée de cette formation pour les cycles prévus à l'article 31 ci-dessous, est fixée à deux (2) ans.

L'école peut assurer, en outre, d'autres cycles ou sessions de formation selon les dispositions prévues par les statuts particuliers des personnels de santé.

**Article 31 :** Le concours sur épreuves est ouvert à tout candidat remplissant les conditions suivantes :

a) 1<sup>er</sup> cycle de formation spécialisée :

- justifier de la deuxième année de licence en sciences économiques, commerciales, en sciences de gestion ou en droit.

b) 2<sup>ème</sup> cycle de formation spécialisée :

1 - pour les candidats externes :

- être titulaire d'une licence en sciences économiques, en sciences financières, en sciences commerciales, en sciences de gestion ou en droit,
- être âgés de 30 ans au plus à la date du concours ;

2 - pour les candidats fonctionnaires :

- être fonctionnaires titulaires, ayant trois (3) années d'expérience;
- être titulaires d'un diplôme de licence en sciences économiques, en sciences financières, en sciences commerciales, en sciences de gestion ou en droit ;
- être âgés de 34 ans au plus à la date du concours.

Les candidats au concours sur épreuves doivent justifier leur position vis-à-vis du service national et doivent être titulaires du baccalauréat.

**Article 32 :** Le concours comporte des épreuves écrites d'admissibilité et une épreuve orale d'admission.

Le nombre des épreuves, leur nature, leur coefficient et leur programme sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 33 :** Tout candidat déclaré admis n'ayant pas rejoint l'école dans un délai de trente (30) jours, sans motif valable ainsi que tout élève exclu de l'école ne peut se présenter à nouveau au concours d'accès à l'école.

**Article 34 :** Les candidats externes admis au concours ont la qualité d'élève. Ils perçoivent une allocation dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

**Article 35 :** Les fonctionnaires admis au concours ont la qualité d'élève et ils sont mis en position de détachement auprès de l'école pour la durée de la formation et continuent à percevoir leur rémunération conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 36 :** La formation spécialisée comprend des cours, des conférences de méthode, des travaux dirigés et des stages.

**Article 37 :** A l'issue de la formation spécialisée, les élèves subissent un examen qui comprend des épreuves écrites, une épreuve orale, une soutenance de mémoire et une évaluation de leur stage, et ouvrent droit en cas de succès au diplôme de l'école nationale de management et de l'administration de la santé.

**Article 38 :** Les programmes de formation, l'organisation des stages, les modalités de l'évaluation finale et de délivrance du diplôme de l'école nationale de management et de l'administration de la santé, sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 39 :** Les candidats étrangers répondant aux conditions exigées peuvent être admis sur titre à la formation par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du ministre chargé des affaires étrangères.

Section 3  
**La formation continue**

**Article 40 :** L'école assure la formation continue des personnels d'encadrement des différents établissements, structures et institutions du secteur de la santé.

L'école peut arrêter également et à son initiative un programme annuel des sessions de formation continue répondant aux priorités fixées par le ministre chargé de la santé.

L'école peut également, assurer d'autres actions de formation entrant dans le cadre de ses missions au profit d'autres organismes.

Les actions prévues à l'alinéa 3 ci-dessus, font l'objet d'un contrat déterminant les modalités de prise en charge par l'école, des besoins spécifiques à l'organisme concerné et l'indication du coût de chaque prestation.

**Article 41 :** Les sessions de formation continue sont sanctionnées par des tests ou examens et l'élaboration d'un rapport de stage. En cas de succès, les stagiaires ouvrent droit à une attestation de formation continue délivrée par l'école.

CHAPITRE IV

**ETUDES, EXPERTISE ET RECHERCHE**

**Article 42 :** L'école entreprend et réalise des études et des travaux de recherche à visée opérationnelle et développe une expertise dans le domaine du management et de l'administration de la santé.

**Article 43 :** Les enseignants et les chercheurs recrutés dans le cadre des projets de recherche sont rémunérés conformément à la réglementation en vigueur.

CHAPITRE V

**DROITS ET OBLIGATIONS DES ELEVES  
ET DISCIPLINE**

Section 1 **Droits et obligations des élèves**

**Article 44 :** Les candidats admis aux formations assurées par l'école sont soumis à l'ensemble des dispositions du règlement intérieur de l'école.

**Article 45 :** Au début de chaque année scolaire, les élèves élisent leurs délégués qui les représentent auprès de l'administration de l'école.

**Article 46 :** Les élèves bénéficient de congés dont la durée et les dates sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition du directeur général de l'école.

**Article 47 :** Durant son stage, l'élève est tenu de se conformer aux obligations applicables aux fonctionnaires, notamment en matière de discipline, d'obligations de réserve et de secret professionnel.

**Article 48 :** L'allocation perçue par les élèves, prévue par l'article 34 ci-dessus est exclusive de toutes indemnités, excepté les frais de déplacement calculés conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 49 :** Le titulaire du diplôme de l'école nationale de management et de l'administration de la santé, s'engage, dès l'obtention de ce diplôme, à servir l'administration publique de santé pendant une durée de dix (10) ans.

Section 2 **La discipline**

**Article 50 :** Il est créé auprès de l'école, un conseil de discipline composé :

- du directeur général de l'école, président ;
- de deux (2) enseignants, membres ;
- de deux (2) élèves délégués de promotion, membres.

**Article 51 :** Le conseil de discipline est saisi par le directeur général de l'école dans les cas prévus à l'article 52 ci-dessous. Il statue à la majorité simple des voix ; en cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

**Article 52 :** Des sanctions disciplinaires sont prononcées à l'encontre des élèves en cas de mauvaise conduite, de manque d'assiduité ou d'infraction au règlement intérieur.

**Article 53 :** Les sanctions disciplinaires prévues à l'article 52 ci-dessus sont classées comme suit :

1. l'avertissement ;
2. le blâme ;
3. l'exclusion temporaire pouvant aller jusqu'à une durée de trois (3) jours ;
4. l'exclusion définitive.

Les sanctions disciplinaires prévues aux points 1 et 2 de l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus sont prononcées par décision du directeur général de l'école après avoir entendu l'élève.

Les sanctions disciplinaires prévues aux points 3 et 4 de l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus sont prononcées par décision du directeur général de l'école, après avis conforme du conseil de discipline.

**Article 54 :** En cas de faute grave de nature à entraîner des poursuites disciplinaires, le directeur général de l'école peut immédiatement suspendre l'élève jusqu'à la décision définitive du conseil de discipline.

**Article 55 :** La sanction disciplinaire ne peut être prononcée sans que l'élève concerné n'ait été convoqué et mis en mesure de prendre connaissance de son dossier et d'être personnellement entendu.

CHAPITRE VI

**DISPOSITIONS FINANCIERES**

**Article 56 :** Le projet de budget de l'école, préparé par le directeur général, est soumis, pour délibération, au conseil d'administration. Il est soumis à l'approbation du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

**Article 57 :** Le budget de l'école comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

**Au titre des recettes :**

- les subventions allouées par l'Etat,
- les contributions éventuelles des collectivités locales,
- les contributions des établissements ou organismes nationaux publics ou privés ;
- les dons et legs ;
- les recettes diverses liées à l'activité de l'école ;
- les subventions des organismes internationaux.

**Au titre des dépenses :**

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement ;
- toutes autres dépenses nécessaires à la réalisation de son objet.

**Article 58 :** La comptabilité de l'école est tenue selon les règles de la comptabilité publique et le maniement des fonds est confié à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre chargé des finances.

**Article 59 :** Le contrôle financier de l'école est assuré par un contrôleur financier désigné par le ministre chargé des finances.

CHAPITRE VII

**DISPOSITIONS FINALES**

**Article 60 :** Sont abrogées les dispositions contraires au présent décret, notamment celles du décret exécutif n°04-73 du 12 Moharram 1425 correspondant au 4 mars 2004 portant réaménagement du statut de l'école nationale de santé publique.

**Article 61 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire  
Fait à Alger, le 7 Joumada El Oula 1430 correspondant au 2 mai 2009.

**Ahmed OUYAHIA.**



Le Chef Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa2) ;

Vu la loi n° 83-03 du 5 Février 1983 relative à la protection de l'environnement ;

Vu la loi n° 83-17 du 16 juillet 1983, modifiée et complétée, relative au code des eaux ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-08 du 26 janvier 1988 relative à la protection de la santé animale;

Vu le décret présidentiel n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au 24 juin 1997 portant nomination du chef du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n° 97-261 du 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des directions de la santé et de la population de wilaya ;

**Décrète :**

## **CHAPITRE I OBJET – MISSIONS**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement des conseils régionaux de la santé.

**Article 2** : Le conseil régional de la santé est une structure de coordination et de concertation intersectorielles visant à assurer, de manière rationnelle et efficiente, la prévention, la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé de la population relevant de sa compétence géographique.

**Article 3** : Dans le cadre de la mission générale fixée à l'article 2 ci-dessus, le conseil régional de la santé est chargé notamment : de coordonner, en relation avec les autorités et institutions concernées, la l'action des structures opérationnelles et des autres intervenants évoluant dans la sphère de la santé,

d'orienter l'action sanitaire en fonction de la situation épidémiologique de la région couverte, des ressources disponibles et des priorités arrêtées,

de susciter toute action visant à réaliser l'intégration des moyens disponibles dans la circonscription régionale et susceptibles de concourir à la protection, à la promotion et à réhabilitation de la santé de la population.

de veiller, en relation avec les institutions et structures concernées, à la collecte, au traitement et à la diffusion de l'information sanitaire,

de proposer des programmes régionaux concourant à la satisfaction des besoins de santé du bassin de population couvert et de procéder à leur suivi, contrôle et évaluation périodique,

d'assurer la participation active des usagers, des malades et des partenaires sociaux, dans l'établissement des priorités, la formulation et la mise en œuvre des stratégies régionales visant à résoudre les problèmes identifiés en matière de la santé et de la population,

d'encourager les initiatives locales et d'entretenir des relations étroites avec les structures régionales impliquées dans la réalisation des programmes de santé et de la population.

## **CHAPITRE II COMPOSITION**

**Article 4** : Le conseil régional de la santé comprend :

un directoire composé des représentants des ministres chargés :

de la santé, président,

de la défense nationale,

de l'intérieur et des collectivités locales,

de l'environnement,

de la protection sociale,

de l'agriculture,

de l'hydraulique,

de l'éducation nationale,

Les membres :

Les directeurs de la santé et de la population des wilayas concernées,

un représentant de la C.N.A.S ayant son siège au chef-lieu du conseil régional de la santé,

un représentant de chacun des organismes suivants :

Institut national de la santé publique,

Centre algérien du contrôle de la qualité et de l'emballage (CACQ)

pharmacie centrale des hôpitaux,

Institut pasteur d'Algérie,

Laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques,

Agence nationale de documentation de la santé,

Agence nationale du sang,

Trois (3) représentants du conseil régional de déontologie médicale,

Des représentants du mouvement associatif intervenant dans le domaine de la santé et de la population.

**Article 5** : Le conseil régional de la santé peut faire appel à tout organisme ou personne qui, en raison de ses activités professionnelles ou de ses compétences, peut l'aider dans ses tâches.

**Article 6** : Les membres du conseil régional de la santé sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition des autorités ou instances dont ils relèvent.

Le mandat des membres du conseil régional de la santé est fixé à deux (2) ans renouvelable.

**Article 7** : Le secrétariat du conseil régional de la santé est assuré par l'annexe locale de l'institut national de la santé publique (I.N.S.P.).

### CHAPITRE III FONCTIONNEMENT

**Article 8 :** Le conseil régional de la santé se réunit en session ordinaire, une fois par trimestre sur convocation de son président, ou d'au moins trois (3) membres du directoire.

Il peut se réunir en session extraordinaire autant de fois que nécessaire, à l'initiative du président ou de l'un des membres du directoire ou de la moitié des membres du conseil.

**Article 9 :** Le conseil régional de la santé peut créer en son sein des commissions.

**Article 10 :** Le conseil régional de la santé élabore et adopte son règlement intérieur.

**Article 11 :** Les recommandations du conseil régional de la santé sont consignées sur des procès-verbaux signés par les membres du directoire et adressées dans les huit (8) jours qui suivent leur adoption, aux ministres représentés au sein du dudit conseil, pour approbation.

Elles sont réputées approuvées si ces derniers n'ont pas fait connaître leur opposition dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de leur envoi.

Une ampliation des procès-verbaux est notifiée à l'ensemble des walis concernés.

**Article 12 :** La liste des conseils régionaux de la santé et leurs compétences territoriales respectives est fixée en annexe du présent décret.

**Article 13 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997

**Ahmed OUYAHIA**

#### ANNEXE

#### LISTE DES CONSEILS REGIONAUX DE LA SANTE

Sièges des conseils régionaux de la santé	Wilayas couvertes
ALGER	Alger, Blida, Boumerdès, Tipaza, Tizi-Ouzou, Bejaia, Bouira, Médéa, Djelfa, Bordj Bou Arreridj
ORAN	Oran, Relizane, Chlef, Mascara, Ain Témouchent, Sidi Bel Abbès, Tlemcen, Saïda, Mostaganem, Tissemsilt, Tiaret.
CONSTANTINE	Constantine, Guelma, Annaba, Skikda, El-Tarf, Tébessa, Khenchela, Mila, Souk Ahras, Oum El Bouaghi, Setif, Jijel, Batna, M'Sila
BECHAR	Béchar, Tindouf, Adrar, Naâma, El Bayadh
OUARGLA	Ouargla, Ghadaïa, Illizi, Tamenghasset, El Oued, Biskra, Laghouat.

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);

Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la Santé ;

Vu la loi n°90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la Wilaya ;

Vu le décret présidentiel n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au

24 juin 1997 portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 90-264 du 8 septembre 1990 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des services de santé et de promotion sociale de Wilaya ;

Vu le décret exécutif n° 94-215 du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994 déterminant les organes et structures de l'administration générale de la Wilaya;

Vu le décret exécutif n° 96-471 du Chaâbane 1417 correspondant au 18 décembre 1996 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des services de l'action sociale de Wilaya.

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des directions de la santé et de la population de Wilaya.

**Article 2** : La direction de la Santé et de la Population (D.S.P) comporte des services en bureaux.

**Article 3** : La direction de la Santé et de la population comprend trois (3) à six(6) services.

Chaque service peut, selon l'importance des tâches assumées, comprendre deux (2) à trois (3) bureaux.

Les dispositions du présent article sont mises en œuvre par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et des finances ainsi que de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 4** : Les directeurs de la santé de la population des wilayas d'Alger, Oran, Constantine et Annaba sont assistés chacun d'un secrétaire Général.

**Article 5** : Le secrétaire général est chargé d'assister le directeur de la santé et de la Population dans la mise en œuvre des missions prévues à l'article 8 ci-dessous. Il assure, en outre, la coordination des services de la direction de la santé et de la Population.

**Article 6** : Les conditions d'accès et la rémunération du poste supérieur de secrétaire général sont déterminées conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 7** : Les corps et postes supérieurs d'inspection de la santé en activités au niveau des directions de la santé et de la population de wilaya sont placés sous l'autorité directe du directeur de la santé et de la population.

**Article 8** : La direction de la santé et de la population développe et met en œuvre toute mesure de nature à encadrer les activités en matière de santé et de la population.

A ce titre, elle est chargée notamment :

de veiller à l'application de la législation et de la réglementation dans tous les domaines liés aux activités de santé et de population, d'animer, de coordonner et d'évaluer l'exécution des programmes nationaux et locaux de santé, particulièrement en matière de prévention générale, de protection maternelle et infantile, de protection sanitaire en milieux spécifiques, de maîtrise de la croissance démographique, de planification familiale et de promotion de la santé reproductive, de veiller au respect de la hiérarchisation des soins en développant notamment toutes actions visant la promotion des soins de base, de développer toutes actions de prévention et de lutte contre la toxicomanie particulièrement en direction des jeunes, de veiller à la répartition équilibrée des ressources humaines, matérielles et financières, sans préjudice des attributions dûment conférées aux directions régionaux de la santé et aux chefs d'établissements de santé, d'initier et de développer toutes actions de communication sociale notamment d'éducation sanitaire, en relation avec les associations socio-professionnelles et les autres partenaires concernés, de veiller à la mise en place du dispositif en matière de collecte, d'exploitation, d'analyse et de transmission d'informations sanitaires, épidémiologiques et démographiques,

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

de veiller à la mise en œuvre des mesures relatives à l'entretien et à la maintenance des infrastructures et des équipements de santé, d'assurer l'encadrement et l'inspection des structures et établissements publics et privés santé,

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

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

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

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

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

**Article 9** : Sont transférés à la structure créée par le présent décret, suivant les procédures fixées par la réglementation en vigueur, les personnels et les biens de toute nature liés aux activités de santé et de population exercées dans le cadre de l'ex direction de la santé et de la protection sociale de wilaya.

**Article 10** : Les dispositions du décret exécutif n° 90-264 du 8 septembre 1990, susvisé, sont abrogées.

**Article 11** : Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997.

**Ahmed OUYAHIA**

**Arrêté interministériel du 15 Moharram 1419 correspondant au 12 mai 1998 portant organisation de la direction de la santé et de la population de wilaya.**

Le ministre des finances,  
Le ministre de la santé et de la population et  
Le ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement, chargé de la réforme administrative et de la fonction publique,  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;  
Vu l'ordonnance n° 97-15 du 24 Moharram 1418 correspondant au 31 mai 1997 fixant le statut particulier du Gouvernorat du Grand-Alger ;  
Vu le décret exécutif n° 97-261 du 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des directions de santé et de population de wilaya, «notamment son article 3 ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 3 du décret exécutif n° 97-261 du 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997 susvisé le présent arrêté a pour objet de fixer l'organisation des services des directions de la santé et de la population de wilaya.

Il fixe, en outre, les intitulés des services et des bureaux correspondant à chaque schéma d'organisation par groupe de wilayas,

**Article 2** : Les directions de la santé et de la population du Gouvernorat du Grand-Alger et des wilayas d'Oran, Constantine, Tizi-Ouzou, Batna, Annaba et Sétif comportent :

- 1) Le service des ressources humaines et des affaires Juridiques qui comprend :
  - le bureau des personnels ;
  - le bureau de la formation ;
  - le bureau des affaires juridiques et du contentieux.
- 2) Le service de la planification et des moyens qui comprend :
  - le bureau de la carte sanitaire et des statistiques ;
  - le bureau des investissements et des marchés ;
  - le bureau des budgets et du contrôle.
- 3) Le service des structures et des professions de santé qui comprend :
  - le bureau de l'organisation et de l'évaluation des structures publiques de santé ;
  - le bureau du secteur privé ;
  - le bureau des urgences et des secours.
- 4) Le service de la prévention qui comprend :
  - le bureau des programmes de santé ;
  - le bureau des maladies transmissibles et non transmissibles ;
  - le bureau de la protection sanitaire en milieux spécifiques.
- 5) Le service de la population qui comprend :
  - le bureau de la santé reproductive et de la planification familiale ;
  - le bureau des programmes de population ;
  - le bureau de l'information, de l'éducation et de la communication.
- 6) Le service de l'action sanitaire et des produits pharmaceutiques qui comprend :
  - le bureau de la promotion des soins de base et de la psychiatrie ;
  - le bureau de la régulation des produits pharmaceutiques ;
  - le bureau de l'action sanitaire et du suivi des comités médicaux.

**Article 3** : Les directions de la santé et de la population des wilayas de Tlemcen, Blida, Tiaret, Skikda, Sidi Bel-Abbès, Médéa et Mascara comportent :

- 1) Le service des ressources humaines et des affaires juridiques qui comprend :
  - le bureau des personnels ;
  - le bureau de la formation ;
  - le bureau des affaires juridiques et du contentieux.
- 2) Le service de la planification et des moyens qui comprend :
  - le bureau de la carte sanitaire et des statistiques ;
  - le bureau des investissements et des marchés ;
  - le bureau des budgets et du contrôle.
- 3) Le service des structures et de l'action sanitaire qui comprend :
  - le bureau de l'organisation et de l'évaluation des structures publiques et privées de santé ;
  - le bureau des urgences, des soins de base et de la psychiatrie ;
  - le bureau de la régulation des produits pharmaceutiques.
- 4) Le service de la prévention qui comprend :
  - le bureau des programmes de santé ;
  - le bureau des maladies transmissibles et non transmissibles ;
  - le bureau de la protection sanitaire en milieux spécifiques.
- 5) Le service de la population qui comprend :
  - le bureau de la santé reproductive et de la planification familiale ;
  - le bureau des programmes de population ;
  - le bureau de l'information, de l'éducation et de la communication.

**Article 4** : Les directions de la santé et de la population des wilayas de Chlef, Oum El Bouaghi, Béjaïa, Biskra, Bouira, Tébessa, Djelfa, Guelma, M'Sila, Ouargla, El Tarf, Tipaza, Mila, Aïn Défla et Ghardaïa comportent :

- 1) Le service des ressources humaines et matérielles et des affaires juridiques qui comprend :
  - le bureau des personnels, des affaires juridiques et du contentieux ;
  - le bureau de la formation ;
  - le bureau des budgets et du contrôle.
- 2) Le service des structures et de l'action sanitaire qui comprend :
  - le bureau de l'organisation et de l'évaluation des structures publiques et privées de santé ;
  - le bureau des soins de base, des urgences et de la psychiatrie ;
  - le bureau de la régulation des produits pharmaceutiques.
- 3) Le service de la prévention qui comprend :

- le bureau des programmes de santé ;
  - le bureau des maladies transmissibles et non transmissibles ;
  - le bureau de la protection sanitaire en milieux spécifiques.
- 4) Le service de la planification et de la population qui comprend :
- le bureau de la planification ;
  - le bureau des investissements et des marchés ;
  - le bureau de la population.

**Article 5** : Les directions de la santé et de la population des wilayas d'Adrar, Laghouat, Bechar, Tamenghasset, Jijel, Saïda, Mostaganem, El Bayadh, Illizi, Bordj BouArréridj, Boumerdès, Tindouf, Tissemsilt, El Oued, Khenchela, Naâma, Aïn Témouchent, Relizane et Souk Ahras comportent :

1) Le service des ressources et de la planification qui comprend :

- le bureau des personnels, de la formation et du contentieux ;
- le bureau de la planification ;
- le bureau des budgets et du contrôle.

2) Le service des structures de santé et de l'action sanitaire qui comprend :

- le bureau de l'organisation et de l'évaluation des structures publiques et privées de santé ;
- le bureau des soins de base, des urgences et de la psychiatrie ;
- le bureau de la régulation des produits pharmaceutiques.

3) Le service de la prévention et de la population qui comprend :

- le bureau des maladies transmissibles et non transmissibles ;
- le bureau de la protection sanitaire en milieux spécifiques ;
- le bureau de la population.

**Article 6** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Moharram 1419 correspondant au 12 mai 1998.

P. Le ministre des finances,

Le ministre de la santé  
et de la population,  
**Yahia GUIDOUM**

Le ministre délégué auprès  
du ministre des finances,  
chargé du budget,  
**Ali BRAHITI**

Le ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement,  
chargé de la réforme administrative et de la fonction publique,  
**Ahmed NOUI**

**Décret exécutif n° 2000-194 du 20 Rabie Ethani 1421 correspondant au 22 juillet 2000 fixant la liste, les conditions d'accès et la classification des postes supérieurs des services déconcentrés de la santé et de la population de wilaya.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa) ;

Vu le décret n° 85-58 du 23 mars 1985 relatif à l'indemnité d'expérience ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 88-43 du 23 février 1988, modifié et complété, fixant la liste des postes supérieurs de l'administration générale de la wilaya, les conditions d'accès à ses postes et leur classification ;

Vu le décret présidentiel n° 99-299 du 15 Ramadhan 1420 correspondant au 23 décembre 1999 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 99-300 du 16 Ramadhan 1420 correspondant au 24 décembre 1999 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret n° 89-224 du 5 décembre 1989, modifié et complété, portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

Vu le décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaire ;

Vu le décret exécutif n° 97-261 du 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des directions de la santé et de la population de wilaya

**Décète:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de fixer la liste des postes supérieurs liés à l'organisation des services déconcentrés de la santé et de la population ainsi que les conditions d'accès à ces postes et leur classifications .

**Article 2** : La liste des postes supérieurs des services déconcentrés de la santé et de la population est fixée comme suit :

secrétaire général ;

chef e service

chef de bureau

**Article 3** : Le secrétaire général est nommé parmi :

1)- Les fonctionnaires ayant le grade d'administrateur principal ou d'administrateur des services sanitaires de première classe ou un grade équivalent et justifiant de huit (8) années d'ancienneté générale dans les institutions et administrations publiques , dont cinq (5) dans le grade ;

2)- les fonctionnaires ayant le grade d'administrateur ou d'administrateur des services sanitaires de deuxième classe et justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité ;

**Article 4** : Les chefs de service sont nommés parmi :

1)- les fonctionnaires ayant le grade d'administrateur principal ou un grade équivalent et justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité ou cinq (5) années d'ancienneté générale dans les institutions et administrations publiques ; .

2)- les fonctionnaires ayant le grade d'administrateur ou un grade équivalent et justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

**Article 5** : Les chefs de bureau sont nommés parmi :

1)- les fonctionnaires ayant le grade d'administrateur ou un grade équivalent et justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité ou cinq (5) année d'ancienneté générale dans les institutions et administration publique ;

**Article 6** : Les postes supérieurs visés aux articles 3, 4 et 5 ci-dessus sont classés conformément au tableau ci-après :

POSTES SUPERIEURS	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Secrétaire général	20	3	762
Chef de service pourvu dans les conditions prévues par l'article 4, alinéa 1 <sup>er</sup>	19	5	714
Chef de service pourvu dans les conditions prévues par l'article 4, alinéa 2	18	5	645
Chef de bureau pourvu dans les conditions prévues par l'article 5, alinéa 1 <sup>er</sup>	17	5	581
Chef de bureau pourvu dans les conditions prévues par l'article 5, alinéa 2	16	1	482

**Article 7** : Outre la rémunération principale, les fonctionnaires nommés aux postes supérieurs de secrétaire général, de chef de service et de chef de bureau bénéficient des primes et indemnités prévues par la réglementation en vigueur

**Article 8** : Il est procédé à la nomination aux postes supérieurs prévues à l'article 2 du présent décret par arrêté du ministre chargé de la santé , sur proposition du directeur de la santé et de la population .

**Article 9** : Les fonctionnaires régulièrement nommés, à la date de publication du présent décret, aux postes supérieurs de chef de service et de chef de bureau ne remplissant pas les conditions prévues aux articles 4 et 5 ci-dessus, continuent à être régis par les dispositions du décret n° 88-43 du 23 février 1988, susvisé.

**Article 10** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le 20 Rabie Ethani 1421 correspondant au 22 juillet 2000.

**Ahmed BENBITOUR.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée par la loi n° 90-17 du 31 juillet 1990 notamment son article 168/1 ;

Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-68 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population.

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application de l'article 168/1, alinéa 2 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée, le présent décret a pour objet de fixer la composition, l'organisation et le fonctionnement du conseil national de l'éthique des sciences de la santé, dénommé ci-après « le conseil ».

**Article 2** : Le siège du conseil est fixé à Alger ;

**Article 3** : Le conseil est composé des membres suivants :

un représentant du ministre chargé de la défense nationale,

un représentant du ministre chargé de la justice,

un représentant du ministre chargé de la santé et de la population,

un représentant du ministre chargé du travail, de la protection sociale et de la formation professionnelle,

deux (2) représentants du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,

neuf (9) professeurs en sciences médicales désignés par le ministre chargé de la santé,

trois (3) praticiens de la santé désignés par le ministre chargé de la santé,

un représentant du conseil supérieur islamique,

un représentant du conseil national de déontologie médicale,

La liste nominative des membres du conseil cités ci-dessus, est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'autorité dont ils relèvent.

**Article 4** : Le conseil est présidé par un membre élu, en son sein, pour une durée de quatre (4) années renouvelable,

**Article 5** : Les membres du conseil sont désignés pour une durée de quatre (4) années renouvelables ;

Le mandat des membres désignés en raison de leurs fonctions cesse avec celles-ci,

**Article 6** : Le conseil peut faire appel à toute personne physique ou morale dont la contribution est jugée utile au déroulement des ses travaux.

**Article 7** : Le conseil peut se doter de commissions spécialisées,

Le conseil dispose d'un secrétariat technique assuré par le ministre chargé de la santé et de la population,

**Article 8** : Le conseil élabore et adopte son règlement intérieur dont il transmet une copie au ministre chargé de la santé,

**Article 9** : Le conseil se réunit, au moins deux fois par an en session ordinaire, sur convocation de son président.

Il peut se réunir en session extraordinaires, à la demande, soit de son président, soit du ministre chargé de la santé ou des deux tiers (2/3) de ses membres.

**Article 10** : Le conseil peut être saisi par toute personne physique ou morale pour question entrant dans le cadre de ses missions.

**Article 11** : Le conseil adresse, au ministre chargé de la santé, copie de l'ensemble de ses travaux.

**Article 12** : Le conseil reçoit une dotation financière dans le cadre de la réglementation en vigueur pour les besoins de son fonctionnement. Cette dotation est inscrite au budget du ministre chargé de la santé

**Article 13** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 18 Dhou El Kaada 1416 correspondant au 6 avril 1996.

**Ahmed OUYAHIA**



Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988, modifiée, portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son article 43 ;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 30 décembre 1995, relative à la cour des comptes ;

Vu l'ordonnance n° 95-27 du 8 Chaâbane 1416 correspondant au 30 décembre 1995 portant loi de finances pour 1996 ;

Vu l'ordonnance n° 97-15 du 24 Moharram 1418 correspondant au 31 mai 1997 fixant le statut particulier du Gouvernement du grand Alger ;

Vu le décret n° 81-243 du 5 septembre 1981, modifié et complété, portant création et organisation des établissements hospitaliers spécialisés ;

Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-311 du 7 septembre 1991 relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 91-312 du 7 septembre 1991 fixant les conditions de mise en jeu de la responsabilité des comptables publics, des procédures d'apurement des débits et des modalités de souscription d'assurance couvrant la responsabilité civile des comptables publics ;

Vu le décret n° 91-313 du 7 septembre 1991 fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et comptables publics ;

Vu le décret n° 92-05 du 4 janvier 1992 fixant les modalités d'affectation des revenus provenant de travaux et prestations effectués par les établissements publics en sus de leurs missions principales ;

Vu le décret exécutif n° 92-214 du 14 novembre 1992 relatif au contrôle préalable des dépenses engagées, notamment son article 3 ;

Vu le décret exécutif n° 93-301 du 24 Joumada Ethhania 1414 correspondant au 8 décembre 1993 fixant à titre transitoire les dispositions relatives aux délais et à la forme de présentation des comptes à la cour des comptes ;

#### **Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de fixer les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.

### **TITRE I DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 2 :** L'établissement hospitalier spécialisé est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est créé par décret exécutif sur proposition du ministre chargé de la santé après avis du wali et placé sous la tutelle du wali de la wilaya du siège de l'établissement.

**Article 3 :** L'établissement hospitalier spécialisé est constitué d'une ou plusieurs structures destinées à la prise en charge :

d'une maladie déterminée ;

de l'affection d'un appareil ou d'un système organique donné ;

ou d'un groupe d'âge déterminé.

**Article 4 :** La dénomination de l'établissement hospitalier spécialisé comprend la spécialité correspondant aux activités qui y sont assurées.

**Article 5 :** Dans son domaine d'activité, l'établissement hospitalier spécialisé a notamment pour tâches :

la mise en œuvre des activités de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;

l'application des programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;

de contribuer au recyclage et au perfectionnement des personnels des services de santé.

**Article 6 :** L'établissement hospitalier spécialisé peut servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec l'établissement de formation.

**Article 7 :** L'établissement hospitalier spécialisé ou une partie de ses structures peut être agréé, selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur pour assurer des activités hospitalo-universitaires.

**Article 8 :** Les établissements hospitaliers spécialisés sont classés en trois (3) catégories sur la base des critères fixés par la réglementation en vigueur.

Le classement des établissements hospitaliers spécialisés est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances ainsi que de l'autorité chargée de la fonction publique.

### **TITRE II ORGANISATION ADMINISTRATIVE**

**Article 9 :** L'établissement hospitalier spécialisé est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur. Il est doté d'un organe consultatif dénommé "conseil médical".

#### **Chapitre I Le conseil d'administration**

**Article 10 :** Le conseil d'administration comprend :

le représentant du wali, président ;

un représentant de l'administration des finances ;

un représentant des assurances économiques ;

un représentant des organismes de sécurité sociale ;

un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement ;

un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya ;

un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;

un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;

un représentant des associations des usagers ;

un représentant des travailleurs élu en assemblée générale ;

le président du conseil médical ;

un représentant de l'institution de formation en sciences médicales territorialement compétente quand l'établissement hospitalier spécialisé assure des activités hospitalo-universitaires.

Le directeur de l'établissement hospitalier spécialisé participe aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat.

**Article 11 :** Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du wali, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

**Article 12 :** Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses délibérations.

**Article 13 :** Le conseil d'administration délibère sur :

le plan de développement à court et moyen terme ;

le projet de budget de l'établissement ;

les comptes prévisionnels ;

le compte administratif ;

les projets d'investissements ;

les projets d'organigramme des services ;

les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements ;

les conventions avec les établissements de formation ;

les contrats relatifs aux prestations de soins avec les partenaires de l'établissement, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;

le projet de tableau des effectifs ;

le règlement intérieur de l'établissement ;

les acquisitions et aliénations de biens meubles, immeubles et les baux de location ;

l'acceptation ou le refus de dons et legs.

**Article 14 :** Le conseil d'administration se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des 2/3 de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, par le président et le secrétaire de la séance.

Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

**Article 15 :** Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité de ses membres présents. Si le *quorum* n'est pas atteint le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors délibérer quelque soit le nombre des membres présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

en cas de partage des voix celle du président est prépondérante.

**Article 16 :** Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation au wali dans les huit (8) jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente (30) jours après leur transmission, sauf opposition expresse notifiée au cours de ce délai.

### Chapitre III

#### Le directeur

**Article 17 :** Le directeur de l'établissement hospitalier spécialisé est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

**Article 18 :** Le directeur est assisté de directeurs adjoints.

Un arrêté pris conjointement par le ministre chargé de santé, le ministre chargé des finances et l'autorité chargée de la fonction publique déterminera l'organigramme de l'établissement hospitalier spécialisé.

**Article 19 :** Le directeur est responsable de la gestion de l'établissement hospitalier spécialisé :

A ce titre :

il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

il est ordonnateur des dépenses de l'établissement ;

il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement ;

il établit le projet d'organigramme et de règlement intérieur de l'établissement ;

il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;

il établit le rapport annuel d'activité qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration ;

il passe tout contrat, marché, convention et accord, dans le cadre de la réglementation en vigueur ;

il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble des personnels placés sous son autorité ;

il exerce le pouvoir de nomination et de gestion sur l'ensemble des personnels de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;

il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature au profit de ses collaborateurs.

### Chapitre III

#### Le conseil médical

**Article 20 :** Le conseil médical est chargé d'émettre des avis techniques, notamment sur :

l'établissement des liens fonctionnels entre les services médicaux ;

les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;

les programmes de santé ;

les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;

le conseil médical propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention.

Le conseil médical peut être saisi par le directeur de l'établissement hospitalier spécialisé de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

**Article 21 :** Le conseil médical élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois (3) années, renouvelable.

Outre le président et le vice-président, le conseil médical comprend :

les praticiens médicaux, chefs de services ;

deux (2) membres des personnels médicaux élus par leurs pairs ;

un (1) membre de la communauté scientifique de l'établissement autre que médicale élu par ses pairs ;

le pharmacien responsable de la pharmacie de l'établissement ;

un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux ;

un représentant des personnels hospitalo-universitaires, le cas échéant.

**Article 22 :** Le conseil médical se réunit sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux (2) mois. Il peut se réunir en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur de l'établissement.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal consigné sur un registre ad hoc.

**Article 23 :** Le conseil médical ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente. Cependant, si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors siéger quelque soit le nombre des membres présents.

Le conseil médical élabore et adopte son règlement intérieur.

### TITRE III ORGANISATION FINANCIERE

**Article 24 :** La nomenclature budgétaire de l'établissement hospitalier spécialisé est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

**Article 25 :** Le budget de l'établissement hospitalier spécialisé comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

**Les recettes** comprennent :

les subventions de l'Etat au titre de sa participation aux actions de prévention, de recherche médicale, de formation et de prise en charge des démunis non assurés sociaux ;  
les subventions des collectivités locales ;  
les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale, au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droits, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;  
les dotations exceptionnelles ;  
les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur ;  
les recettes diverses ;  
les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement ;  
les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

**Les dépenses** comprennent :

les dépenses de fonctionnement ;  
les dépenses d'équipement ;  
toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son objet.

**Article 26 :** Le projet de budget est préparé par le directeur et soumis au conseil d'administration pour délibération. Il est ensuite transmis pour approbation à l'autorité de tutelle.

**Article 27 :** L'ordonnateur tient une comptabilité administrative des recettes et des dépenses.

La comptabilité des ordonnancements retrace le montant des crédits ouverts ou délégués, les ordonnances admises et les soldes disponibles.

**Article 28 :** Des modalités appropriées de contrôle des dépenses sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

**Article 29 :** Les comptes de l'établissement hospitalier spécialisé sont tenus conformément aux règles de la comptabilité publique et le maniement des fonds est confié à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre des finances.

**Article 30 :** Le comptable agréé tient, en outre, une comptabilité générale, une comptabilité spéciale des matières, valeurs et titres et une comptabilité analytique devant permettre notamment la maîtrise des différents coûts.

**Article 31 :** La comptabilité générale est tenue selon la méthode de la partie double.

**Article 32 :** Le comptable public de l'établissement hospitalier spécialisé est le comptable principal.

**Article 33 :** L'exercice financier est ouvert le 1<sup>er</sup> janvier et clos le 31 décembre de l'année.

Les mandatements et paiements peuvent être effectués jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

### TITRE IV DISPOSITIONS FINALES

**Article 34 :** La liste des établissements hospitaliers spécialisés est fixée en annexe du présent décret.

**Article 35 :** Sont abrogées les dispositions du décret n° 81-243 du 5 septembre 1981, susvisé.

**Article 36 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997.

**Ahmed OUYAHIA**

**ANNEXE  
LISTE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES**

SPECIALITE	DENOMINATION	LOCALISATION	WILAYA
Uro-néphrologie	Clinique DAKSI	Constantine	Constantine
Médecine de sport et Cardio-vasculaire	Hôpital des maladies cardio-vasculaires et médecine du sport Dr Maouche Mohand Amokrane	Ben-Aknoun	Alger
Pédiatrie	Hôpital pour enfants Canastel	Canastel	Oran
Cardiologie et Chirurgie cardiaque	Clinique El-Riadh Clinique Abderahmani Mohamed	Constantine Bir-Mourad Rais	Constantine Alger
Gynécologie obstétrique et Pédiatrie	Hôpital El-Bouni	El-Bouni	Annaba
Urgences médico-chirurgicales	Hôpital des urgences médico-chirurgicales Salim Z'mirli	El-Harrach	Alger
Brûlés et chirurgie Réparatrice	Clinique centrale des brûlés	Alger centre	Alger
Appareil locomoteur	Hôpital de Ben-Aknoun	Ben-Aknoun	Alger
Appareil locomoteur	Hôpital de Douéra	Douéra	Alger
Psychiatrie	Hôpital psychiatrique Hôpital psychiatrique Fernane Hanafi Hôpital psychiatrique Drid Hocine Hôpital psychiatrique Hôpital psychiatrique Hôpital psychiatrique Er-Razi Hôpital psychiatrique Hôpital psychiatrique Mahfoud Boucebci Hôpital psychiatrique Sidi Chami Hôpital psychiatrique Djebel Ouahch	Tiaret Oued Aissi Alger Ain-Abassa El-Harrouche Annaba Oued Athmania Chéraga Oran Constantine	Tiaret Tizi Ouzou Alger Setif Skikda Annaba Mila Alger Oran Constantine
Neuro-Chirurgie	Hôpital NeuroChirurgical Ali Ait-Idir	Alger	Alger
Maladies Infectieuses	Hôpital docteur El-Hadi Flici	Oued Koriche	Alger
Cancérologie	Centre Pierre et Marie Curie Centre anti-cancéreux Centre anti-cancéreux pédiatrique Emir Abdelkader	Alger Blida Misserghin	Alger Blida Oran
Rééducation Fonctionnelle	Hôpital de rééducation-réadaptation fonctionnelle Hôpital de rééducation-réadaptation Fonctionnelle Hôpital de rééducation-réadaptation Fonctionnelle Hôpital de rééducation-réadaptation Fonctionnelle Hôpital de rééducation-réadaptation Fonctionnelle	Bouhanifia Tixeraine Azur plage Seraidi Ras-el-ma	Mascara Alger Alger Annaba Sétif
Ophthalmologie	Clinique d'ophtalmologie d'Oran	Oran	Oran
Gynécologie obstétrique pédiatrie Chirurgie	E.H.S Sidi Mabrouk	Sidi Mabrouk	Constantine

**Décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.**

J.O n° 81 du 10 Chaabane correspondant au 10 décembre 1997

Page 14- Annexe (liste des établissements hospitaliers spécialisés)

Ligne 2- colonne 3 (localisation).

Au lieu de :

“ Ben Aknoun”

lire :

“Dely-Brahim (Le reste sans changement).

**Décret exécutif n° 06-324 du 25 Chaâbane 1427 correspondant au 18 septembre 2006 complétant la liste des établissements hospitaliers annexés au décret exécutif n°97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du Gouvernement;  
Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** La liste des établissements hospitaliers spécialisés annexé au décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 susvisé est complété, comme suit :

SPECIALITE	DENOMINATION	LOCALISATION	WILAYA
		..... (Le reste sans changement).....	
Gynécologie obstétrique	EHS Gynécologie	Sidi Bel Abbès	Sidi Bel Abbès
Pédiatrie	obstétrique		
Chirurgie pédiatrique	Sidi Bel Abbès		
		..... (Le reste sans changement).....	

**Article 2 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires à celles du présent décret.

**Article 3 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Chaâbane correspondant au 18 septembre 2006.

**Abdelaziz BELKHADEM**

**Décret exécutif n° 07-204 du 15 Jomada Ethania 1427 correspondant au 30 juin 2007 complétant la liste des établissements hospitaliers annexés au décret exécutif n°97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.**

Le Chef du Gouvernement,  
 Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière;  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
 Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;  
 Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique;  
 Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant 17 juillet 1995 relative à la cour des comptes;  
 Vu le décret présidentiel n° 06-172 du 18 Jomada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement;  
 Vu le décret présidentiel n° 06-173 du 18 Jomada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
 Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>.** La liste des établissements hospitaliers spécialisés annexé au décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 susvisé est complétée, comme suit :

SPECIALITE	DENOMINATION	LOCALISATION ..... sans changement.....	WILAYA
Ophtalmologie	Hôpital El Boukhari	Biskra	Biskra
	Hôpital les Pins	Oran	Oran
	Hôpital les Amendiers	Oran	Oran
	Hôpital Point du Jour	Oran	Oran
	Hôpital Mère et enfant	Ain Témouchent	Ain Témouchent
	Hôpital Mère et enfant	Tlemcen	Tlemcen
	Hôpital Sabhi Tassadit	Tizi-Ouzou	Tizi-Ouzou
	Hôpital Tergha Ouzemour	Béjaïa	Béjaïa
Gynécologie Obstétrique-pédiatrie	Hôpital belhocine Rachid	Bordj Bou-Arréridj	Bordj Bou-Arréridj
	Hôpital Mériem Bouatoura	Batna	Batna
	Hôpital El Alia	Biskra	Biskra
Chirurgie pédiatrique	Hôpital Benaceur bachir	El Oued	El Oued
	Hôpital Sidi Abdelkader	Ouargla	Ouargla
	Hôpital Gueddi Bakir	Ghardaïa	Ghardaïa
	Hôpital Docteur Saadane	Laghouat	Laghouat
	Hôpital Hamdane Bakhta	Saida	Saida
ORL Ophtalmologie	Hôpital Mohamed Boudiaf	Béchar	Béchar
	Hôpital Bouabdelli Bouabdallah	Tiaret	Tiaret

**Article 2:** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Jomada Ethania correspondant au 30 juin 2007.

**Abdelaziz BELKHADEM**

**Décret exécutif n° 08-62 du 17 Safar 1429 correspondant au 24 février 2008 complétant la liste des établissements hospitaliers spécialisés annexée au décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.**

Le Chef du Gouvernement,  
 Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
 Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
 Vu la loi n°90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;  
 Vu l'ordonnance n°95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;  
 Vu le décret présidentiel n°07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
 Vu le décret présidentiel n°07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
 Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997, complété, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés ;

**Décète :**

Article 1<sup>er</sup> : La liste des établissements hospitaliers spécialisés annexée au décret exécutif n°97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997, susvisé, est complétée comme suit :

SPECIALITE	DENOMINATION	LOCALISATION	WILAYA
------------	--------------	--------------	--------

..... (sans changement) .....

Psychiatrie	Hôpital psychiatrique El Madher Hôpital psychiatrique Yellel	Batna Yellel	Batna Relizane
Cancérologie	Centre anti cancéreux	Ouargla	Ouargla

..... (sans changement) .....

Rééducation fonctionnelle	Hôpital de rééducation - réadaptation fonctionnelle Hôpital de rééducation - réadaptation fonctionnelle	Texana Fenaïa Ilmaten	Jijel Béjaïa
---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	-----------------

..... (sans changement) .....

Gynécologie obstétrique Pédiatrie Chirurgie pédiatrique	Hôpital Aourai Zahra Hôpital mère et enfant Hôpital Lalla Kheïra Hôpital Slimane Amirat Hôpital mère et enfant Hôpital Salhi Belgacem Hôpital Khaldi Abdelaziz Hôpital Boumali Mohamed Hôpital Nouar Fadéla	Tiaret El Eulma Mostaganem M.Sila Touggourt Khenchela Tébessa Aïn Beïda Oran	Tiaret Sétif Mostaganem M.Sila Ouargla Khenchela Tébessa Oum El Bouaghi Oran
---------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Article 2 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.  
 Fait à Alger, le 17 Safar 1429 correspondant au 24 février 2008.

**Abdelaziz BELKHADEM.**



**Décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création,  
d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988, modifiée, portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son article 43 ;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 30 décembre 1995, relative à la cour des comptes ;

Vu l'ordonnance n° 95-27 du 8 Chaâbane 1416 correspondant au 30 décembre 1995 portant loi de finances pour 1996 ;

Vu l'ordonnance n° 97-15 du 24 Moharram 1418 correspondant au 31 mai 1997 fixant le statut particulier du Gouvernorat du Grand Alger ;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1974, modifié, portant organisation du régime des études médicales ;

Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales ;

Vu le décret n° 74-200 du 1<sup>er</sup> octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret n° 83-543 du 24 septembre 1983 fixant le statut-type des instituts nationaux d'enseignement supérieur (INESSM)

Vu le décret n° 83-544 du 24 septembre 1983 portant statut-type des universités ;

Vu le décret n° 86-25 du 11 février, modifié et complété, portant statut-type des centres hospitalo-universitaires ;

Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;

Vu le décret présidentiel n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au 24 juin 1997 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-311 du 7 septembre 1991 relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 91-312 du 7 septembre 1991 fixant les conditions de mise en jeu de la responsabilité des comptables publics, des procédures d'apurement des débits et des modalités de souscription d'assurance couvrant la responsabilité civile des comptables publics ;

Vu le décret n° 91-313 du 7 septembre 1991 fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et comptables publics ;

Vu le décret n° 92-05 du 4 janvier 1992 fixant les modalités d'affectation des revenus provenant de travaux et prestations effectués par les établissements publics en sus de leurs missions principales ;

Vu le décret exécutif n° 92-214 du 14 novembre 1992 relatif au contrôle préalable des dépenses engagées, notamment son article 3 ;

Vu le décret exécutif n° 93-301 du 24 Joumada Ethhania 1414 correspondant au 8 décembre 1993 fixant à titre transitoire les dispositions relatives aux délais et à la forme de présentation des comptes à la cour des comptes ;

Vu le décret exécutif n° 94-260 du 27 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de fixer la liste et les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ci-après dénommés par abréviation \*CHU\*.

**TITRE I  
DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 2 :** Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 3 :** Le centre hospitalo-universitaire est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

**Article 4 :** Dans le cadre des missions prévues à l'article 3 ci-dessus, le centre hospitalo-universitaire est chargé notamment des tâches suivantes :

**En matière de santé :**

d'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ;

d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;

de participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;

de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

Outre les tâches prévues aux alinéas ci-dessus, le C.H.U. assure pour la population résidant à proximité et non couvertes par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues au secteur sanitaire telles que fixées à l'article 5 du décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 susvisé.

**En matière de formation :**

d'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieure en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;

de participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

**En matière de recherche :**

d'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé ;

d'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de santé.

**Article 5 :** La tutelle pédagogique prévue à l'alinéa 2 de l'article 2 du présent décret porte sur l'ensemble des actes relatifs à :  
l'organisation des activités pédagogiques et scientifiques du C.H.U. ;

la fixation des conditions d'accès et d'orientation des étudiants.

Elle porte également sur l'approbation des délibérations du conseil d'administration pour les questions relatives à la formation et à la recherche en sciences médicales.

**Article 6 :** Le décret de création du centre hospitalo-universitaire en fixe le siège ainsi que la consistance physique.

Toute modification de la consistance physique intervient dans les mêmes formes.

Lorsqu'elles sont situées en dehors de l'enceinte de la structure siège du C.H.U., les structures de santé sont dotées de moyens matériels, financiers et humains individualisés en rapport avec leur mission.

**Article 7 :** Pour accomplir ses missions de formation et de recherche en sciences de la santé, le centre hospitalo-universitaire peut passer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, des conventions avec les établissements de santé ou tout autre organisme et ce, après avis du conseil scientifique de l'établissement.

**Article 8 :** La création d'un centre hospitalo-universitaire s'inscrit dans le cadre des principes directeurs de la planification sanitaire et de la formation en sciences médicales.

**Article 9 :** La création d'un centre hospitalo-universitaire est subordonnée à :  
la disponibilité de ressources matérielles et d'un potentiel humain en nombre suffisant et justifiant de la qualification requise pour assurer les activités de soins, notamment de haut niveau, de formation graduée et post-graduée et de recherche ;  
l'existence d'infrastructure et d'équipements scientifiques, pédagogiques et techniques aptes à recevoir les enseignants et les étudiants.

Le C.H.U. est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur. Il est doté d'un organe consultatif dénommé "conseil médical".

**Article 10 :** Le C.H.U. et l'établissement d'enseignement supérieur en sciences médicales assurent conjointement la prise en charge des frais de formation en sciences médicales, selon les modalités arrêtées par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur sur proposition des directeurs des établissements concernés.

**Article 11 :** Le C.H.U. comprend des services et des unités. La définition des services et unités hospitalo-universitaires est déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et ministre chargé de l'enseignement supérieur.

La création et la suppression des services et unités hospitalo-universitaires sont prononcées par arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la santé, le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé des finances, sur proposition des directeurs du C.H.U. et de l'établissement d'enseignement supérieur concernés après avis du conseil scientifique du C.H.U.  
La définition du service et de l'unité de santé publique est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

La création et la suppression des services et unités de santé publique sont prononcées par arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé des finances sur proposition du directeur du C.H.U., après avis du conseil scientifique.

## TITRE II ORGANISATION ADMINISTRATIVE

**Article 12 :** Le C.H.U. est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général. Il est doté d'un organe consultatif dénommé « conseil scientifique ».

Dans l'intervalle des sessions du conseil scientifique, le directeur général du centre hospitalo-universitaire est assisté d'un comité consultatif.

### Chapitre I Le Conseil d'administration

**Article 13 :** Le conseil d'administration comprend :

- le représentant du ministre chargé de la santé, président ;
- un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur
- un représentant de l'administration des finances ;
- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège du C.H.U.;
- un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs ;
- un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;
- un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;
- un représentant des associations des usagers ;
- un représentant des travailleurs élu en assemblée générale ;
- un représentant du conseil scientifique du C.H.U.

Le directeur général du C.H.U. participe aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat.

**Article 14 :** Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du wali, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

**Article 15 :** Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses délibérations.

**Article 16 :** Le conseil d'administration délibère sur :

- le plan de développement à court et moyen terme ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les comptes prévisionnels ;
- le compte administratif ;
- les projets d'investissements ;
- les projets d'organigramme des services ;
- les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements ;
- les contrats relatifs aux prestations de soins avec les partenaires du centre hospitalo-universitaire, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- les conventions prévues à l'article 7 ci-dessus ;
- le projet de tableau des effectifs ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- les acquisitions et aliénations de biens meubles, immeubles et les baux de location ;
- l'acceptation ou le refus de dons et legs.

**Article 17 :** Le conseil d'administration se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des 2/3 de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, par le président et le secrétaire de la séance.

Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

**Article 18 :** Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité de ses membres présents. Si le *quorum* n'est pas atteint le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les dix (10) jours suivants et ses membres peuvent alors délibérer quelque soit le nombre des membres présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix celle du président est prépondérante.

**Article 19 :** Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente (30) jours après leur transmission, sauf opposition expresse notifiée au cours de ce délai.

## Chapitre II Le directeur général

**Article 20 :** Le directeur général du C.H.U. est nommé par décret exécutif, sur proposition du ministre chargé de la santé. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

**Article 21 :** Le directeur général est assisté d'un secrétaire général, de directeurs et le cas échéant de directeurs d'unités.

Le secrétaire général, les directeurs et les directeurs d'unités sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur du centre hospitalo-universitaire.

Un arrêté pris conjointement par les ministres chargés de la santé, des finances et l'autorité chargée de la fonction publique déterminera l'organigramme du C.H.U. selon l'importance de ses activités.

**Article 22 :** Le directeur général est responsable de la gestion du C.H.U. à ce titre :

il représente le centre hospitalo-universitaire en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

il exerce le pouvoir de nomination sur l'ensemble des personnels du C.H.U., à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;

il est ordonnateur des dépenses du C.H.U. ;

il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du C.H.U. ;

il établit le projet d'organigramme et de règlement intérieur du C.H.U. ;

il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;

il établit le rapport annuel d'activité qu'il adresse au ministre chargé de la santé, après approbation du conseil d'administration ;

il passe tout contrat, marché, convention et accord, dans le cadre de la réglementation en vigueur ;

il exerce le pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité ;

il délègue, sous sa responsabilité, sa signature au profit de ses collaborateurs.

## Chapitre III Le conseil scientifique

**Article 23 :** Le conseil scientifique est chargé d'émettre des avis, notamment sur :

l'établissement des liens fonctionnels entre les services médicaux ;

les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;

les programmes de santé et de population ;

les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;

la création ou la suppression des structures médicales ;

les conventions de formations et de recherche en sciences médicales.

Le conseil scientifique propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la réparation des personnels, en relation avec les activités des services.

Il participe à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière de soins, de formation et de recherche.

Le conseil scientifique peut être saisi par le directeur général du centre hospitalo-universitaire de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Il peut faire appel en consultation à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

**Article 24 :** Le conseil scientifique élit en son sein un président pour une durée de trois (3) années, renouvelable, outre le président, le conseil scientifique comprend :

les chefs de services, le directeur de l'établissement de formation supérieure concerné ou son représentant et si il y'a lieu, les responsables d'unités de recherche ;

deux (2) à trois (3) membres désignés par le directeur général du C.H.U. parmi la communauté scientifique de l'établissement ;

un docteur et un maître assistant élus par leurs pairs pour une durée de trois (3) ans ;

un paramédical désigné par le directeur général dans le grade le plus élevé des corps des paramédicaux.

**Article 25 :** Le conseil scientifique se réunit sur convocation de son président, ou du directeur général du centre hospitalo-universitaire en session ordinaire, une fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général du centre hospitalo-universitaire.

En cas d'absence du président, la réunion est présidée par le doyen des membres du conseil scientifique.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal consigné sur un registre ad-hoc.

**Article 26 :** Le conseil scientifique ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente. Cependant, si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors siéger quelque soit le nombre des membres présents.

Le conseil scientifique élabore et adopte son règlement intérieur.

## Chapitre IV Le comité consultatif

**Article 27 :** Le comité consultatif assiste le directeur général du C.H.U. dans l'accomplissement de ses missions et plus particulièrement dans la mise en œuvre des propositions et recommandations du conseil scientifique.

**Article 28 :** Le comité consultatif comprend, outre le directeur général, président :

le président du conseil scientifique ; trois (3) à sept (7) chefs de services désignés par le conseil scientifique.

**Article 29 :** Les réunions du comité consultatif peuvent être, à l'initiative du directeur général du C.H.U. ou de la majorité des membres du comité consultatif, élargies au secrétaire général et aux directeurs des structures de l'établissement.

**Article 30 :** Le comité consultatif se réunit une fois par mois.

## TITRE III DISPOSITIONS FINANCIERES

**Article 31 :** La nomenclature budgétaire de centre hospitalo-universitaire est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

**Article 32 :** Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

**Les recettes** comprennent :

les subventions de l'Etat au titre de sa participation aux actions de prévention, de recherche médicale, de formation et de prise en charge des démunis non assurés sociaux ;

les subventions des collectivités locales ;

les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale, au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droits, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;

les dotations exceptionnelles ;

les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur ;

les recettes diverses ;

les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement ;

les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

**Les dépenses** comprennent :

les dépenses de fonctionnement ;

les dépenses d'équipement ;

toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son objet.

**Article 33 :** Le projet de budget est préparé par le directeur général du centre hospitalo-universitaire et soumis au conseil d'administration pour délibération. Il est ensuite transmis pour approbation à l'autorité de tutelle.

**Article 34 :** La qualité d'ordonnateur secondaire peut être confiée aux responsables des structures composant le centre hospitalo-universitaire par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'établissement.

**Article 35 :** L'ordonnateur principal émet des délégations de crédits au profit des ordonnateurs secondaires et met à leur disposition des fonds pour la couverture des dépenses.

**Article 36 :** L'ordonnateur principal et l'ordonnateur secondaire peuvent, sous leur responsabilité respective, déléguer leur signature.

**Article 37 :** L'ordonnateur tient une comptabilité administrative des recettes et des dépenses.

La comptabilité des recettes retrace les créances constatées et liquidées, les ordres de recettes et les recouvrements.

La comptabilité des ordonnancements retrace le montant des crédits ouverts ou délégués, les ordonnances admises et les soldes disponibles.

**Article 38 :** Les ordonnateurs secondaires sont tenus d'établir et d'adresser à l'ordonnateur principal des situations mensuelles des mandats de paiement admis en dépenses.

**Article 39 :** Des modalités appropriées de contrôle des dépenses sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

**Article 40 :** Les comptes du centre hospitalo-universitaire sont tenus conformément aux règles de la comptabilité publique et le maniement des fonds est confié à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre des finances.

**Article 41 :** Le comptable agréé tient, en outre, une comptabilité générale, une comptabilité spéciale des matières, valeurs et titres et une comptabilité analytique devant permettre notamment la maîtrise des différents coûts.

**Article 42 :** La comptabilité générale est tenue selon la méthode de la partie double.

**Article 43 :** Le comptable public du centre hospitalo-universitaire est le comptable principal.

Le comptable public de toute structure composant le centre hospitalo-universitaire est le comptable secondaire.

**Article 44 :** Le comptable secondaire est agréé ou nommé par le ministre chargé des finances.

**Article 45 :** L'exercice financier est ouvert le 1<sup>er</sup> janvier et clos le 31 décembre de l'année.

Les mandats et paiements peuvent être effectués jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

#### TITRE IV

#### DISPOSITIONS FINALES

**Article 46 :** La liste et la consistance physique des C.H.U. est fixée en annexe du présent décret.

**Article 47 :** Sont abrogées les dispositions du décret n° 86-25 du 11 février 1986, susvisé.

**Article 48 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997.

Ahmed OUYAHIA

ANNEXE

#### LISTE DES CENTRES HOSPITALO- UNIVERSITAIRES

DENOMINATION	SIEGE	CONSISTANCE PHYSIQUE
CHU Mustapha	Hôpital Mustapha	Hôpital Mustapha Centre de Santé * Léon Bernard * Unité de chirurgie infantile
CHU Beni-Messous	Hôpital Beni-Messous	Hôpital Beni-Messous
CHU Hussein-Dey	Hôpital Parnet	Hôpital Parnet Urgences centrales de Tripoli Laboratoire de Cytologie Unité * Boudjema Moghni *
CHU Constantine	Hôpital Ben-Badis	Hôpital Ben-Badis Hôpital de jour de Khroub Unité de chirurgie dentaire sise rue Si Abdellah (Casbah)
CHU Oran	Hôpital d'Oran	Hôpital d'Oran et unité d'urgences médico-chirurgicales Clinique Filaoucene Clinique Hamou Boutlelis Clinique Nouar Fadela Clinique Amilcar Cabral Clinique d'endocrinologie-diabétologie Clinique dentaire
CHU Annaba	Hôpital Ibn-Rochd	Hôpital Ibn Rochd Hôpital Ibn Sina Hôpital Dorban Clinique d'ophtalmologie Clinique de pédiatrie Clinique dentaire * EIYSA * Clinique * Saoula Abdelkader *
CHU Blida	Hôpital Frantz Fanon	Hôpital Frantz Fanon Clinique Mitidja Clinique Ben-Boulaid Clinique Zabana
CHU Tizi-Ouzou	Hôpital Nedir Mohamed	Hôpital Nedir Mohamed Hôpital Sidi-Belloua
CHU Batna	Hôpital de Batna	Hôpital Batna (Hôpital A)
CHU Sétif	Hôpital de Sétif	Hôpital Sétif Clinique d'ORL et d'Ophtalmologie Complexe mère et enfant
CHU Sidi Bel Abbès	Hôpital de Sidi Bel Abbès	Hôpital Sidi-Belabbès Maternité urbaine
CHU Tlemcen	Hôpital de Tlemcen	Hôpital Tlemcen
CHU Bab-El-Oued	Hôpital de Bab-El-Oued	Hôpital de Bab-El-Oued Clinique * Gharafa *

**Décret exécutif n° 09-319 du 17 Chaoual 1430 correspondant au 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires annexée au décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport conjoint du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la promotion et à la protection de la santé ;

Vu le décret présidentiel n° 09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés ;

Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres-hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007, modifié et complété portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** La liste des centres hospitalo-universitaires annexée au décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997, susvisé, est complétée comme suit :

**DENOMINATION SIEGE CONSISTANCE PHYSIQUE**

DENOMINATION	SIEGE	CONSISTANCE PHYSIQUE
.....	..... (sans changement).....	..... (sans changement).....
CHU Béjaïa	Hôpital Khelil Amrane	Hôpital Khelil Amrane Hôpital Frantz Fanon Hôpital Tergha Ouzemour

**Article 2 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret notamment celles du décret exécutif n° 97-465 du 2 décembre 1997 et du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007, susvisés.

**Article 3 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Chaoual 1430 correspondant au 6 octobre 2009.

**Ahmed OUYAHIA.**



Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6°, 78 et 125 (alinéa 1<sup>er</sup>) ;  
Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, modifiée et complétée, portant plan comptable national,  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la cour des comptes ;  
Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales;  
Vu le décret n° 275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales;  
Vu le décret n° 74-200 du 1<sup>er</sup> octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales;

**Décète :**

## **CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est créé un établissement hospitalier et universitaire à Oran régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret.

**Article 2** : L'établissement hospitalier et universitaire d'Oran, ci-après dénommé, par abréviation, « E,H,U », est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle administrative du ministre de santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

**Article 3** : La tutelle pédagogique prévue à l'alinéa 2 de l'article 2 ci-dessus porte sur l'ensemble des actes relatifs à :  
l'organisation des activités pédagogiques et scientifiques de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) ;  
la fixation des conditions d'accès et d'orientation des étudiants ;  
l'approbation des délibérations du conseil d'administration pour les questions relatives à la formation supérieure et à la recherche en sciences médicales.

## **CHAPITRE II MISSIONS**

**Article 4** : L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dans le domaine des soins de haut niveau et de la politique nationale de formation supérieure et de recherche médicale. Dans ce cadre, l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) a notamment pour missions :

### **1/ En matière de santé :**

d'assurer des activités de haut niveau dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé ;  
d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de la santé ;  
de participer à l'élaboration de normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;  
de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;  
de développer toutes actions, méthodes, procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines et matérielles ;  
de développer, en son sein, des pôles d'excellence dans les domaines précités.

### **2/ En matière de formation :**

d'assurer, en liaison avec les institutions de formation supérieure en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;  
d'initier toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

### **3/ En matière de recherche :**

d'effectuer tous travaux de recherche en sciences de la santé et dans tous les domaines en rapport avec ses missions ;  
d'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins de formation supérieure et de recherche en sciences médicales.

L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est également chargé de participer en relation avec les autorités concernées à la mise en synergie des institutions de santé pour assurer la cohérence et la hiérarchisation des soins dans la zone sanitaire couverte

**Article 5** : Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) peut conclure tout marché convention contrat ou accord avec tout organisme public ou privé national ou étranger

**Article 6** : L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est tenu d'élaborer et d'exécuter :

un projet d'établissement fixant les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de formation supérieure, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information ;  
un projet de qualité.

les projets prévus ci-dessus s'inscrivent, obligatoirement, dans le cadre des politiques de santé et de formation supérieure arrêtées. Des contrats d'objectifs sont conclus avec les autorités sanitaires et de formation supérieure concernées.

## **CHAPITRE III ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT**

**Article 7** : L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général assisté dans l'exercice de ses prérogatives par un conseil scientifique.

### **Section 1**

#### **Le conseil d'administration**

**Article 8** : Le conseil d'administration comprend les membres suivants :

un représentant du ministre chargé de la santé président ;  
un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;  
un représentant du ministre chargé des finances ;  
un représentant du ministre chargé du travail ;  
le président du conseil scientifique de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U)  
le directeur général de l'Agence nationale de développement en sciences de la santé.  
Le responsable de l'institution de formation en sciences médicales ;  
Deux (02) représentants des personnels hospitalo-universitaires de rang magistral élus par leurs pairs ;  
un représentant des assurances économiques ;  
un représentant des organismes de sécurité sociale,  
un représentant de chaque catégorie d'établissement public de soins implanté dans la région couverte par l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U)

un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) ;  
deux (02) représentants des associations d'usagers désignés par le ministre chargé de la santé parmi les associations les plus représentatives ;  
deux (02) représentants des personnels élus par leurs pairs.

Le directeur général de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) participe aux réunions du conseil d'administration, à titre consultatif.

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Le secrétariat du conseil d'administration est assuré par la direction générale de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U).

**Article 9 :** Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années renouvelable par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat. Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci .

**Article 10 :** Le conseil d'administration délibère sur :

la politique générale de l'établissement ;

les projets annuels et pluriannuels prévus à l'article 6 du présent décret ;

les états prévisionnels des recettes et des dépenses, les opérations d'investissement les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs ;

les plans de recrutement et de formation des personnels ainsi que les rémunérations et les indemnités ;

le règlement intérieur et l'organigramme administratif de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) ;

les conventions, accords, contrats et marchés prévus à l'article 5 du présent décret ;

les propositions de création et de suppression de structures hospitalo-universitaires ;

les emprunts ;

la gestion financière de l'exercice écoulé ;

les bilans d'activité.

Le conseil d'administration examine toutes les questions qui lui sont soumises par les ministres de tutelle ou par le directeur général de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U). Il élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Le conseil d'administration délibère, au moins une fois par an, sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission prévue à l'article 18 du présent décret.

**Article 11 :** Le conseil d'administration se réunit, obligatoirement, en session ordinaire une (1) fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

**Article 12 :** L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général. Il est communiqué à chacun des membres, quinze (15) jours avant la date fixée pour chaque session . Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans toutefois être inférieur à huit (8) jours.

**Article 13 :** L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est organisé en structures hospitalo-universitaires créées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

## Section 2

### Le directeur général

**Article 14 :** Le directeur général de l'établissement hospitalier universitaire (E.H.U) est nommé par décret présidentiel.

**Article 15 :** Le directeur général est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

A ce titre :

il élabore des programmes d'activités et les soumet au conseil d'administration ;

il agit au nom de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) et le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel ;

il recrute, nomme et met fin aux fonctions des personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;

il établit les états prévisionnels des recettes et des dépenses ;

il dresse le bilan et les tableaux des comptes de résultats ;

il passe toutes conventions et tous accords contrats et marchés ;

il établit les projets d'organigramme et de règlement intérieur de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) ;

il élabore à la fin de chaque exercice un rapport annuel d'activités accompagné de tableaux de comptes des résultats qu'il adresse aux autorités concernées.

## Section 3

### Le conseil scientifique

**Article 16 :** Le conseil scientifique est chargé de donner un avis sur :

les programmes de santé de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) ;

les projets de programme relatifs aux équipements médicaux ;

la création ou la suppression de structures hospitalo-universitaires ;

les programmes de manifestations scientifiques et techniques ;

les conventions de formation supérieure et de recherche en sciences médicales ;

les programmes et projets de recherche, d'établissement, de communication et de qualité ;

l'organisation et l'évaluation des travaux de recherche ;

les programmes de formation ;

l'évaluation des activités de soins, de formation supérieure et de recherche ;

toute question d'intérêt scientifique qui lui est soumise par le directeur général.

Le conseil scientifique élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

**Article 17 :** Le conseil scientifique se compose de douze (12) à quinze (15) membres élus, pour une durée de trois (3) ans, renouvelable une fois, par et parmi la communauté scientifique de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) et représentant les disciplines de ce dernier.

La liste de ces disciplines est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Le conseil scientifique élit en son sein un président pour une durée de trois (3) ans, renouvelable.

Le conseil scientifique peut faire appel à toute personnalité scientifique ou tout expert pouvant contribuer utilement à ses travaux en raison de ses compétences.



#### Section 4

##### Les comités de l'établissement hospitalier universitaire

**Article 18** : L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est doté :

d'une commission de conciliation et de médiation ;

d'un comité de pilotage du projet d'établissement prévu à l'article 6 du présent décret.

La composition et les modalités de fonctionnement de la commission et du comité prévus ci-dessus sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 19** : La commission de conciliation et de médiation prévue à l'article 18 ci-dessus est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de leur prise en charge. Elle fait des propositions dans ce domaine et elle est informée de l'ensemble des recours formulés par les patients de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données.

**Article 20** : En cas d'échec de la conciliation, la commission prévue à l'article 18 du présent décret rend des arbitrages susceptibles de recours auprès du conseil d'administration de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U).

**Article 21** : Le comité de pilotage prévu à l'article 18 du présent décret assiste le directeur général de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) dans l'élaboration du projet d'établissement.

#### CHAPITRE IV

##### DISPOSITIONS FINANCIERES

**Article 22** : Le budget de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) comprend :

**En recettes :**

les subventions de l'Etat ;

les subventions des collectivités locales ;

les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;

les dotations exceptionnelles ;

les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels ;

les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation en vigueur ;

les ressources découlant de la coopération internationale ;

toutes ressources liées à l'activité de l'établissement.

**En dépenses :**

les dépenses de fonctionnement ;

les dépenses d'équipement ;

toutes autres dépenses liées à son activité.

**Article 23** : Les états prévisionnels annuels des recettes et des dépenses de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) sont préparés par le directeur général et soumis, après délibération du conseil d'administration du conseil d'administration, à l'approbation du ministre chargé de la santé, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 24** : Les comptes de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) sont tenus conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975 portant plan comptable national. La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances.

**Article 25** : Un commissaire aux comptes est désigné conjointement par les ministres chargés des finances et de la santé auprès de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U).

**Article 26** : Le bilan et les comptes d'exploitation, accompagnés du rapport annuel d'activités, sont adressés à l'autorité de tutelle, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 27** : L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est soumis au contrôle *a posteriori* des organes habilités conformément aux lois et règlements en vigueur.

#### CHAPITRE V

##### DISPOSITIONS PARTICULIERES

**Article 28** : Pour atteindre ses objectifs, dans des activités qui lui sont assignées, l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est doté par l'Etat des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions conformément aux dispositions réglementaires en la matière.

**Article 29** : Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

**Article 30** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 14 Joumada Ethania 1424 correspondant au 13 août 2003.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, modifiée et complétée, portant plan comptable national ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;  
Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;  
Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales ;  
Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales ;  
Vu le décret n° 74-200 du 1<sup>er</sup> octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;  
Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Ouél 1426 correspondant au 1<sup>er</sup> mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Décrète:

## CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

**Article 1<sup>er</sup> :** Il est créé un établissement hospitalier à Ain Témouchent dénommé «Hôpital docteur Benaouada BENZERDJEB» régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret, désigné ci-après "l'établissement".

**Article 2 :** L'établissement de Ain Témouchent est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

## CHAPITRE II MISSIONS

**Article 3 :** Dans le cadre de la politique nationale de santé, l'établissement est chargé de la prise en charge, de manière intégrée, des besoins sanitaires de la population de la wilaya qu'il couvre ainsi que de celle des wilayas limitrophes.

A ce titre, il a, notamment, pour missions :

- d'assurer des activités dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention, de la réadaptation médicale, de l'hospitalisation et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé ;
- d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;
- de participer au développement de toutes actions, méthodes et de tous procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines, matérielles et financières ;
- d'assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins spécialisés pour la prise en charge de certaines pathologies ;
- de proposer et de contribuer à toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

**Article 4 :** L'établissement peut servir de terrain de formation médicale, paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions conclues avec les établissements d'enseignement et de formation.

**Article 5 :** Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités, l'établissement peut conclure tout marché, convention, contrat ou accord, avec tout organisme public ou privé, national ou étranger.

**Article 6 :** L'établissement est tenu d'élaborer et d'exécuter:

- un projet d'établissement fixant les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de la formation, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information ;
- un projet de qualité.

Les projets prévus ci-dessus s'inscrivent, obligatoirement, dans le cadre des politiques de santé et de formation arrêtées. Des contrats d'objectifs sont conclus avec les autorités sanitaires et de formation concernées.

## CHAPITRE III ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

**Article 7 :** L'établissement est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général, assisté dans l'exercice de ses missions par un conseil médical.

### Section 1 Le conseil d'administration

**Article 8 :** Le conseil d'administration comprend les membres suivants :

- un représentant du ministre chargé de la santé, président ;
- un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;
- un représentant du ministre chargé des finances ;
- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège de l'établissement ;
- un représentant de l'assemblée populaire communale siège de l'établissement ;
- deux (2) représentants des associations d'usagers désignés par le ministre chargé de la santé parmi les associations les plus représentatives :
- un (1) représentant du personnel médical élu par ses pairs ;
- un (1) représentant du personnel paramédical élu par ses pairs ;
- deux (2) représentants des personnels élus par leurs pairs ;
- le président du conseil médical de l'établissement

Le directeur général de l'établissement participe aux réunions du conseil d'administration, avec voix consultative et en assure le secrétariat

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

**Article 9 :** Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

**Article 10 :** Le conseil d'administration délibère sur :

- la politique générale de l'établissement ;
- les projets annuels et pluriannuels prévus à l'article 6 du présent décret ;
- les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses, les opérations d'investissement, les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les plans de recrutement et de formation des personnels ainsi que les rémunérations et les indemnités ;
- le règlement intérieur et l'organisation de l'établissement ;
- les conventions, accords, contrats et marchés prévus à l'article 5 du présent décret ;
- les propositions de création et de suppression de services ;
- les emprunts ;
- la gestion financière de l'exercice écoulé ;
- les bilans et le rapport d'activités.

Le conseil d'administration examine toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de tutelle ou par le directeur général de l'établissement. Il adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Le conseil d'administration délibère, au moins, une fois par an, sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades.

**Article 11 :** Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une (1) fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

**Article 12 :** Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité des membres présents. Si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants, et ses membres peuvent alors délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

**Article 13 :** Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion.

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires trente (30) jours à compter de leur réception par l'autorité de tutelle sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

**Article 14 :** L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général. Il est communiqué à chacun des membres, quinze (15) jours avant la date fixée pour chaque session. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans toutefois être inférieur à huit (8) jours.

## Section 2

### Le directeur général

**Article 15 :** Le directeur général de l'établissement est nommé par décret présidentiel.

Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

**Article 16 :** Le directeur général de l'établissement est assisté d'un secrétaire général et de directeurs, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé

**Article 17 :** Le directeur général est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'établissement dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

A ce titre :

- il élabore les programmes d'activités et les soumet au conseil d'administration ;
- il agit au nom de l'établissement et le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel ;
- il recrute, nomme et met fin aux fonctions des personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il établit les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses ;
- il élabore le projet de budget de l'établissement ;
- il dresse le bilan et les comptes de résultats ;
- il passe toutes conventions et tous accords, contrats et marchés ;
- il établit les projets d'organisation et de règlement intérieur de l'établissement ;
- il élabore, à la fin de chaque exercice, un rapport annuel d'activités accompagné de tableaux de comptes des résultats qu'il adresse aux autorités concernées.

**Article 18 :** L'organisation de l'établissement est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

## Section 3

### Le conseil médical

**Article 19 :** Le conseil médical est chargé de donner un avis sur :

- les programmes de santé de l'établissement ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux ;
- la création et la suppression de services ;

**Article 20 :** Le conseil médical comprend :

- les responsables des services médicaux ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste, désigné par le directeur général ;
- un paramédical, élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Le conseil médical élit eu son sein un président et un vice-président

Le mandat des membres du conseil est d'une durée de trois (3) ans, renouvelable.

Le conseil médical peut faire appel à toute personnalité scientifique ou tout expert pouvant contribuer utilement à ses travaux en raison de ses compétences.

**Article 21 :** Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire une (1) fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général de l'établissement.

#### CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINANCIERES

**Article 22 :** Le budget de l'établissement comprend :

**En recettes:**

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;
- les dotations exceptionnelles ;
- les fonds propres liés à son activité ;

**En dépenses :**

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement ;
- toutes autres dépenses liées à son activité.

**Article 23 :** Les états prévisionnels annuels des recettes et des dépenses de l'établissement sont préparés par le directeur général et soumis, après délibération du conseil d'administration, à l'approbation du ministre chargé de la santé, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 24 :** Les comptes de l'établissement sont tenus conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, susvisée. La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances.

**Article 25 :** Un commissaire aux comptes est désigné conjointement par les ministres chargés des finances et de la santé auprès de l'établissement.

**Article 26 :** Le bilan et les comptes d'exploitation, accompagnés du rapport annuel d'activités, sont adressés à l'autorité de tutelle, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 27 :** L'établissement est soumis au contrôle *a posteriori* des organes habilités conformément aux lois et règlements en vigueur.

#### CHAPITRE V DISPOSITIONS PARTICULIERES

**Article 28 :** Pour atteindre ses objectifs, dans le cadre des activités qui lui sont assignées, l'établissement est doté par l'Etat des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions conformément aux dispositions réglementaires en la matière.

**Article 29 :** Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

**Article 30 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 Chaoual 1426 correspondant au 30 novembre 2005.

Ahmed OUYAHIA.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) :

Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, modifiée et complétée, portant plan comptable national ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales ;

Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales ;

Vu le décret n° 74-200 du 1<sup>er</sup> octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1<sup>er</sup> mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

**Décrète:**

## CHAPITRE I

### DISPOSITIONS GENERALES

**Article 1<sup>er</sup> :** Il est créé un établissement hospitalier à Skikda régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret, désigné ci-après "l'établissement".

**Article 2 :** L'établissement de Skikda est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

## CHAPITRE II

### MISSIONS

**Article 3 :** Dans le cadre de la politique nationale de santé, l'établissement est chargé de la prise en charge, de manière intégrée, des besoins sanitaires de la population de la wilaya qu'il couvre ainsi que de celle des wilayas limitrophes.

A ce titre, il a, notamment, pour missions :

— d'assurer des activités dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention, de la réadaptation médicale, de l'hospitalisation et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé ;

— d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;

— de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;

— de participer au développement de toutes actions, méthodes et de tous procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines, matérielles et financières ;

— d'assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;

— d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins spécialisés pour la prise en charge de certaines pathologies ;

— de proposer et de contribuer à toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

**Article 4 :** L'établissement peut servir de terrain de formation médicale, paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions conclues avec les établissements d'enseignement et de formation.

**Article 5 :** Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités, l'établissement peut conclure tout marché, convention, contrat ou accord, avec tout organisme public ou privé, national ou étranger.

**Article 6 :** L'établissement est tenu d'élaborer et d'exécuter :

— un projet d'établissement fixant les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de la formation, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information ;

— un projet de qualité.

Les projets prévus ci-dessus s'inscrivent, obligatoirement, dans le cadre des politiques de santé et de formation arrêtées.

Des contrats d'objectifs sont conclus avec les autorités sanitaires et de formation concernées.

## CHAPITRE III

### ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

**Article 7 :** L'établissement est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général, assisté dans l'exercice de ses missions par un conseil médical.

#### Section 1

##### Le conseil d'administration

**Article 8 :** Le conseil d'administration comprend les membres suivants :

— un représentant du ministre chargé de la santé, président ;

— un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

— un représentant du ministre chargé des finances ;

— un représentant des assurances économiques ;

— un représentant des organismes de sécurité sociale ;

— un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège de l'établissement ;

— un représentant de l'assemblée populaire communale siège de l'établissement ;

— deux (2) représentants des associations d'usagers désignés par le ministre chargé de la santé parmi les associations les plus représentatives :

— un (1) représentant du personnel médical élu par ses pairs ;

— un (1) représentant du personnel paramédical élu par ses pairs ;

— deux (2) représentants des personnels élus par leurs pairs ;

— le président du conseil médical de l'établissement

Le directeur général de l'établissement participe aux réunions du conseil d'administration, avec voix consultative et en assure le secrétariat

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

**Article 9 :** Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent  
En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

**Article 10 :** Le conseil d'administration délibère sur :

- la politique générale de l'établissement ;
- les projets annuels et pluriannuels prévus à l'article 6 du présent décret ;
- les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses, les opérations d'investissement, les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les plans de recrutement et de formation des personnels ainsi que les rémunérations et les indemnités ;
- le règlement intérieur et l'organisation de l'établissement ;
- les conventions, accords, contrats et marchés prévus à l'article 5 du présent décret ;
- les propositions de création et de suppression de services ;
- les emprunts ;
- la gestion financière de l'exercice écoulé ;
- les bilans et le rapport d'activités.

Le conseil d'administration examine toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de tutelle ou par le directeur général de l'établissement. Il adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Le conseil d'administration délibère, au moins, une fois par an, sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades.

**Article 11 :** Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une (1) fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

**Article 12 :** Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité des membres présents. Si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants, et ses membres peuvent alors délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

**Article 13 :** Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion.

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires trente (30) jours à compter de leur réception par l'autorité de tutelle sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

**Article 14 :** L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général. Il est communiqué à chacun des membres, quinze (15) jours avant la date fixée pour chaque session. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans toutefois être inférieur à huit (8) jours.

## **Section 2**

### **Le directeur général**

**Article 15 :** Le directeur général de l'établissement est nommé par décret présidentiel.

Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

**Article 16 :** Le directeur général de l'établissement est assisté d'un secrétaire général et de directeurs, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé

**Article 17 :** Le directeur général est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'établissement dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

A ce titre :

- il élabore les programmes d'activités et les soumet au conseil d'administration ;
- il agit au nom de l'établissement et le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel ;
- il recrute, nomme et met fin aux fonctions des personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il établit les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses ;
- il élabore le projet de budget de l'établissement ;
- il dresse le bilan et les comptes de résultats ;
- il passe toutes conventions et tous accords, contrats et marchés ;
- il établit les projets d'organisation et de règlement intérieur de l'établissement ;
- il élabore, à la fin de chaque exercice, un rapport annuel d'activités accompagné de tableaux de comptes des résultats qu'il adresse aux autorités concernées.

**Article 18 :** L'organisation de l'établissement est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

## **Section 3**

### **Le conseil médical**

**Article 19 :** Le conseil médical est chargé de donner un avis sur :

- les programmes de santé de l'établissement ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux ;
- la création et la suppression de services ;

**Article 20 :** Le conseil médical comprend :

- les responsables des services médicaux ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste, désigné par le directeur général ;
- un paramédical, élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Le conseil médical élit eu son sein un président et un vice-président

Le mandat des membres du conseil est d'une durée de trois (3) ans, renouvelable.

Le conseil médical peut faire appel à toute personnalité scientifique ou tout expert pouvant contribuer utilement à ses travaux en raison de ses compétences.

**Article 21 :** Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire une (1) fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général de l'établissement.



#### CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINANCIERES

**Article 22 :** Le budget de l'établissement comprend :

En recettes:

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;
- les dotations exceptionnelles ;
- les fonds propres liés à son activité ;

En dépenses :

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement ;
- toutes autres dépenses liées à son activité.

**Article 23 :** Les états prévisionnels annuels des recettes et des dépenses de l'établissement sont préparés par le directeur général et soumis, après délibération du conseil d'administration, à l'approbation du ministre chargé de la santé, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 24 :** Les comptes de l'établissement sont tenus conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, susvisée. La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances.

**Article 25 :** Un commissaire aux comptes est désigné conjointement par les ministres chargés des finances et de la santé auprès de l'établissement.

**Article 26 :** Le bilan et les comptes d'exploitation, accompagnés du rapport annuel d'activités, sont adressés à l'autorité de tutelle, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 27 :** L'établissement est soumis au contrôle *a posteriori* des organes habilités conformément aux lois et règlements en vigueur.

#### CHAPITRE V DISPOSITIONS PARTICULIERES

**Article 28 :** Pour atteindre ses objectifs, dans le cadre des activités qui lui sont assignées, l'établissement est doté par l'Etat des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions conformément aux dispositions réglementaires en la matière.

**Article 29 :** Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

**Article 30 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 Rabie El Aouel 1427 correspondant au 26 avril 2006.

Ahmed OUYAHIA.



Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, modifiée et complétée, portant plan comptable national ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;  
Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;  
Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales ;  
Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales ;  
Vu le décret n° 74-200 du 1<sup>er</sup> octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;  
Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Décrète:

## CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est créé un établissement hospitalier à Ain Turck, wilaya d'Oran régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret, désigné ci-après "l'établissement".

**Article 2** : L'établissement de Ain Turck est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

## CHAPITRE II MISSIONS

**Article 3** : Dans le cadre de la politique nationale de santé, l'établissement est chargé de la prise en charge, de manière intégrée, des besoins sanitaires de la population de la wilaya qu'il couvre ainsi que de celle des wilayas limitrophes.

A ce titre, il a, notamment, pour missions :

- d'assurer des activités dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention, de la réadaptation médicale, de l'hospitalisation et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé ;
- d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;
- de participer au développement de toutes actions, méthodes et de tous procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines, matérielles et financières ;
- d'assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins spécialisés pour la prise en charge de certaines pathologies ;
- de proposer et de contribuer à toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

**Article 4** : L'établissement peut servir de terrain de formation médicale, paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions conclues avec les établissements d'enseignement et de formation.

**Article 5** : Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités, l'établissement peut conclure tout marché, convention, contrat ou accord, avec tout organisme public ou privé, national ou étranger.

**Article 6** : L'établissement est tenu d'élaborer et d'exécuter :

- un projet d'établissement fixant les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de la formation, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information ;
- un projet de qualité.

Les projets prévus ci-dessus s'inscrivent, obligatoirement, dans le cadre des politiques de santé et de formation arrêtées. Des contrats d'objectifs sont conclus avec les autorités sanitaires et de formation concernées.

## CHAPITRE III ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

**Article 7** : L'établissement est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général, assisté dans l'exercice de ses missions par un conseil médical.

### Section 1 Le conseil d'administration

**Article 8** : Le conseil d'administration comprend les membres suivants :

- un représentant du ministre chargé de la santé, président ;
- un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;
- un représentant du ministre chargé des finances ;
- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège de l'établissement ;
- un représentant de l'assemblée populaire communale siège de l'établissement ;
- deux (2) représentants des associations d'usagers désignés par le ministre chargé de la santé parmi les associations les plus représentatives ;
- un (1) représentant du personnel médical élu par ses pairs ;
- un (1) représentant du personnel paramédical élu par ses pairs ;
- deux (2) représentants des personnels élus par leurs pairs ;
- le président du conseil médical de l'établissement

Le directeur général de l'établissement participe aux réunions du conseil d'administration, avec voix consultative et en assure le secrétariat. Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

**Article 9** : Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent. En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

**Article 10 :** Le conseil d'administration délibère sur :

- la politique générale de l'établissement ;
- les projets annuels et pluriannuels prévus à l'article 6 du présent décret ;
- les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses, les opérations d'investissement, les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les plans de recrutement et de formation des personnels ainsi que les rémunérations et les indemnités ;
- le règlement intérieur et l'organisation de l'établissement ;
- les conventions, accords, contrats et marchés prévus à l'article 5 du présent décret ;
- les propositions de création et de suppression de services ;
- les emprunts ;
- la gestion financière de l'exercice écoulé ;
- les bilans et le rapport d'activités.

Le conseil d'administration examine toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de tutelle ou par le directeur général de l'établissement. Il adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Le conseil d'administration délibère, au moins, une fois par an, sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades.

**Article 11 :** Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une (1) fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

**Article 12 :** Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité des membres présents. Si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants, et ses membres peuvent alors délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

**Article 13 :** Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion.

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires trente (30) jours à compter de leur réception par l'autorité de tutelle sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

**Article 14 :** L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général. Il est communiqué à chacun des membres, quinze (15) jours avant la date fixée pour chaque session. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans toutefois être inférieur à huit (8) jours.

## Section 2

### Le directeur général

**Article 15 :** Le directeur général de l'établissement est nommé par décret présidentiel.

Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

**Article 16 :** Le directeur général de l'établissement est assisté d'un secrétaire général et de directeurs, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé

**Article 17 :** Le directeur général est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'établissement dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

A ce titre :

- il élabore les programmes d'activités et les soumet au conseil d'administration ;
- il agit au nom de l'établissement et le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel ;
- il recrute, nomme et met fin aux fonctions des personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il établit les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses ;
- il élabore le projet de budget de l'établissement ;
- il dresse le bilan et les comptes de résultats ;
- il passe toutes conventions et tous accords, contrats et marchés ;
- il établit les projets d'organisation et de règlement intérieur de l'établissement ;
- il élabore, à la fin de chaque exercice, un rapport annuel d'activités accompagné de tableaux de comptes des résultats qu'il adresse aux autorités concernées.

**Article 18 :** L'organisation de l'établissement est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

## Section 3

### Le conseil médical

**Article 19 :** Le conseil médical est chargé de donner un avis sur :

- les programmes de santé de l'établissement ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux ;
- la création et la suppression de services ;

**Article 20 :** Le conseil médical comprend :

- les responsables des services médicaux ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste, désigné par le directeur général ;
- un paramédical, élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Le conseil médical élit eu son sein un président et un vice-président

Le mandat des membres du conseil est d'une durée de trois (3) ans, renouvelable.

Le conseil médical peut faire appel à toute personnalité scientifique ou tout expert pouvant contribuer utilement à ses travaux en raison de ses compétences.

**Article 21 :** Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire une (1) fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général de l'établissement.

#### CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINANCIERES

**Article 22 :** Le budget de l'établissement comprend :

**En recettes:**

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;
- les dotations exceptionnelles ;
- les fonds propres liés à son activité ;

**En dépenses :**

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement ;
- toutes autres dépenses liées à son activité.

**Article 23 :** Les états prévisionnels annuels des recettes et des dépenses de l'établissement sont préparés par le directeur général et soumis, après délibération du conseil d'administration, à l'approbation du ministre chargé de la santé, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 24 :** Les comptes de l'établissement sont tenus conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, susvisée. La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances.

**Article 25 :** Un commissaire aux comptes est désigné conjointement par les ministres chargés des finances et de la santé auprès de l'établissement.

**Article 26 :** Le bilan et les comptes d'exploitation, accompagnés du rapport annuel d'activités, sont adressés à l'autorité de tutelle, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 27 :** L'établissement est soumis au contrôle *a posteriori* des organes habilités conformément aux lois et règlements en vigueur.

#### CHAPITRE V DISPOSITIONS PARTICULIERES

**Article 28 :** Pour atteindre ses objectifs, dans le cadre des activités qui lui sont assignées, l'établissement est doté par l'Etat des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions conformément aux dispositions réglementaires en la matière.

**Article 29 :** Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

**Article 30 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 Chaoual 1427 correspondant au 28 octobre 2006.

**Abdelaziz BELKHADEM.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, modifiée et complétée, portant plan comptable national ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales ;

Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales ;

Vu le décret n° 74-200 du 1<sup>er</sup> octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Décrète:

## **CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est créé un établissement hospitalier à Ain Azel, wilaya de Sétif régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret, désigné ci-après "l'établissement".

**Article 2** : L'établissement de Ain Azel est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

## **CHAPITRE II MISSIONS**

**Article 3** : Dans le cadre de la politique nationale de santé, l'établissement est chargé de la prise en charge, de manière intégrée, des besoins sanitaires de la population de la wilaya qu'il couvre ainsi que de celle des wilayas limitrophes.

A ce titre, il a, notamment, pour missions :

— d'assurer des activités dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention, de la réadaptation médicale, de l'hospitalisation et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé;

— d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;

— de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;

— de participer au développement de toutes actions, méthodes et de tous procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines, matérielles et financières ;

— d'assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;

— d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins spécialisés pour la prise en charge de certaines pathologies;

— de proposer et de contribuer à toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

**Article 4** : L'établissement peut servir de terrain de formation médicale, paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions conclues avec les établissements d'enseignement et de formation.

**Article 5** : Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités, l'établissement peut conclure tout marché, convention, contrat ou accord, avec tout organisme public ou privé, national ou étranger.

**Article 6** : L'établissement est tenu d'élaborer et d'exécuter:

— un projet d'établissement fixant les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de la formation, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information ;

— un projet de qualité.

Les projets prévus ci-dessus s'inscrivent, obligatoirement, dans le cadre des politiques de santé et de formation arrêtées.

Des contrats d'objectifs sont conclus avec les autorités sanitaires et de formation concernées.

## **CHAPITRE III ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT**

**Article 7** : L'établissement est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général, assisté dans l'exercice de ses missions par un conseil médical.

### **Section 1 Le conseil d'administration**

**Article 8** : Le conseil d'administration comprend les membres suivants :

— un représentant du ministre chargé de la santé, président ;

— un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

— un représentant du ministre chargé des finances ;

— un représentant des assurances économiques ;

— un représentant des organismes de sécurité sociale ;

— un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège de l'établissement ;

— un représentant de l'assemblée populaire communale siège de l'établissement ;

— deux (2) représentants des associations d'usagers désignés par le ministre chargé de la santé parmi les associations les plus représentatives ;

— un (1) représentant du personnel médical élu par ses pairs ;

— un (1) représentant du personnel paramédical élu par ses pairs ;

— deux (2) représentants des personnels élus par leurs pairs ;

— le président du conseil médical de l'établissement

Le directeur général de l'établissement participe aux réunions du conseil d'administration, avec voix consultative et en assure le secrétariat

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

**Article 9 :** Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

**Article 10 :** Le conseil d'administration délibère sur :

- la politique générale de l'établissement ;
- les projets annuels et pluriannuels prévus à l'article 6 du présent décret ;
- les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses, les opérations d'investissement, les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les plans de recrutement et de formation des personnels ainsi que les rémunérations et les indemnités ;
- le règlement intérieur et l'organisation de l'établissement ;
- les conventions, accords, contrats et marchés prévus à l'article 5 du présent décret ;
- les propositions de création et de suppression de services ;
- les emprunts ;
- la gestion financière de l'exercice écoulé ;
- les bilans et le rapport d'activités.

Le conseil d'administration examine toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de tutelle ou par le directeur général de l'établissement. Il adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Le conseil d'administration délibère, au moins, une fois par an, sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades.

**Article 11 :** Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une (1) fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

**Article 12 :** Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité des membres présents. Si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants, et ses membres peuvent alors délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

**Article 13 :** Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion.

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires trente (30) jours à compter de leur réception par l'autorité de tutelle sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

**Article 14 :** L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général. Il est communiqué à chacun des membres, quinze (15) jours avant la date fixée pour chaque session. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans toutefois être inférieur à huit (8) jours.

## Section 2

### Le directeur général

**Article 15 :** Le directeur général de l'établissement est nommé par décret présidentiel.

Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

**Article 16 :** Le directeur général de l'établissement est assisté d'un secrétaire général et de directeurs, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé

**Article 17 :** Le directeur général est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'établissement dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

A ce titre :

- il élabore les programmes d'activités et les soumet au conseil d'administration ;
- il agit au nom de l'établissement et le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel ;
- il recrute, nomme et met fin aux fonctions des personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il établit les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses ;
- il élabore le projet de budget de l'établissement ;
- il dresse le bilan et les comptes de résultats ;
- il passe toutes conventions et tous accords, contrats et marchés ;
- il établit les projets d'organisation et de règlement intérieur de l'établissement ;
- il élabore, à la fin de chaque exercice, un rapport annuel d'activités accompagné de tableaux de comptes des résultats qu'il adresse aux autorités concernées.

**Article 18 :** L'organisation de l'établissement est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

## Section 3

### Le conseil médical

**Article 19 :** Le conseil médical est chargé de donner un avis sur :

- les programmes de santé de l'établissement ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux ;
- la création et la suppression de services ;

**Article 20 :** Le conseil médical comprend :

- les responsables des services médicaux ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste, désigné par le directeur général ;
- un paramédical, élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Le conseil médical élit eu son sein un président et un vice-président

Le mandat des membres du conseil est d'une durée de trois (3) ans, renouvelable.

Le conseil médical peut faire appel à toute personnalité scientifique ou tout expert pouvant contribuer utilement à ses travaux en raison de ses compétences.

**Article 21 :** Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire une (1) fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général de l'établissement.

#### CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINANCIERES

**Article 22 :** Le budget de l'établissement comprend :

**En recettes:**

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;
- les dotations exceptionnelles ;
- les fonds propres liés à son activité ;

**En dépenses :**

les dépenses de fonctionnement ;  
les dépenses d'équipement ;  
toutes autres dépenses liées à son activité.

**Article 23 :** Les états prévisionnels annuels des recettes et des dépenses de l'établissement sont préparés par le directeur général et soumis, après délibération du conseil d'administration, à l'approbation du ministre chargé de la santé, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 24 :** Les comptes de l'établissement sont tenus conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, susvisée. La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances.

**Article 25 :** Un commissaire aux comptes est désigné conjointement par les ministres chargés des finances et de la santé auprès de l'établissement.

**Article 26 :** Le bilan et les comptes d'exploitation, accompagnés du rapport annuel d'activités, sont adressés à l'autorité de tutelle, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 27 :** L'établissement est soumis au contrôle *a posteriori* des organes habilités conformément aux lois et règlements en vigueur.

#### CHAPITRE V DISPOSITIONS PARTICULIERES

**Article 28 :** Pour atteindre ses objectifs, dans le cadre des activités qui lui sont assignées, l'établissement est doté par l'Etat des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions conformément aux dispositions réglementaires en la matière.

**Article 29 :** Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

**Article 30 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le Aouel Dhou El Kaada 1427 correspondant au 22 novembre 2006.

**Abdelaziz BELKHADEM.**



Le Chef du Gouvernement,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée relative aux assurances sociales ;  
Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée relative aux lois de finances ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;  
Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;  
Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;  
Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 30 décembre 1995, relative à la cour des comptes ;  
Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

#### Décrète :

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

#### Chapitre I

##### L'ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER

**Article 2** : L'établissement public hospitalier est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali.

**Article 3** : L'établissement public hospitalier est constitué d'une structure de diagnostic, des soins, d'hospitalisation et réadaptation médicale couvrant la population d'un ensemble de commune.

La consistance physique de l'établissement public hospitalier est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 4** : L'établissement public hospitalier a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre, il a notamment pour tâches :

- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;
- d'appliquer les programmes nationaux de santé ;
- d'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- d'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

**Article 5** : L'établissement public hospitalier peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées l'établissement de formation.

#### Chapitre II

##### L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE DE PROXIMITE

**Article 6** : L'établissement public de santé de proximité est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali.

**Article 7** : L'établissement public de santé de proximité est constitué d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population.

La consistance physique de l'établissement public de santé de proximité et l'espace géo-sanitaire couvrant le bassin de population sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 8** : L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée :

- la prévention et les soins de base ;
- le diagnostic ;
- les soins de proximité ;
- les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base ;
- les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- la mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population ;

Il est chargé également :

- de contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- de contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé.

**Article 9** : L'établissement public de santé de proximité peut servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées l'établissement de formation.

#### CHAPITRE III

##### DISPOSITIONS COMMUNES

##### Section I

##### Organisation et fonctionnement

**Article 10** : L'établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité sont administrés chacun par un conseil d'administration et dirigés par un directeur. Ils sont dotés d'un organe consultatif dénommé « conseil médical ».

##### Sous-section I

##### Le conseil d'administration

**Article 11** : Le conseil d'administration comprend :

- le représentant du wali, président ;
- un représentant de l'administration des finances ;
- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement ;
- un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;
- un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;
- un représentant des associations des usagers ;

- un représentant des travailleurs élu en assemblée générale ;
- le président du conseil médical ;

Le directeur de l'établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité assistent aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat.

**Article 12:** Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du wali, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

**Article 13:** Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses délibérations.

**Article 14:** Le conseil d'administration délibère sur :

- le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les comptes prévisionnels ;
- le compte administratif ;
- les projets d'investissements ;
- les projets d'organisation interne de l'établissement ;
- les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements ;
- les conventions prévues à l'article 5 et 9 ci-dessus ;
- les contrats relatifs aux prestations de soins avec les partenaires de l'établissement, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- le projet de tableau des effectifs ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- les acquisitions et aliénations de biens meubles, immeubles et les baux de location ;
- l'acceptation ou le refus de dons et legs.
- les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 15:** Le conseil d'administration se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des 2/3 de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux signés par le président et le secrétaire de la séance et consignées sur un registre spécial coté et paraphé, par le président.

Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

**Article 16:** L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration sur proposition du directeur de l'établissement.

**Article 17:** Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité de ses membres présents. Si le *quorum* n'est pas atteint le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors délibérer quelque soit le nombre des membres présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

en cas de partage des voix celle du président est prépondérante.

**Article 18:** Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation au wali dans les huit (8) jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente (30) jours après leur transmission, sauf opposition expresse notifiée dans ce délai.

## Section 2

### Le directeur

**Article 17:** Le directeur de l'établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes.

**Article 20:** Le directeur est responsable du bon fonctionnement de l'établissement.

A ce titre :

- il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il est ordonnateur de l'établissement ;
- il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement ;
- il établit le projet de l'organigramme interne et de règlement intérieur de l'établissement ;
- il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;
- il établit le rapport annuel d'activité qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration ;
- il passe tout contrat, marché, convention et accord, dans le cadre de la réglementation en vigueur ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble des personnels placés sous son autorité ;
- il nomme l'ensemble des personnels de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs.

**Article 21:** Le directeur est assisté de quatre (4) sous-directeurs chargés respectivement :

- des finances et des moyens ;
- des ressources humaines
- des services de santé
- de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

Les sous-directeurs sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 22:** L'organisation interne des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 23** Le classement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité par catégorie est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

## Sous-section 3

### Le conseil médical

**Article 24:** Le conseil médical est chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, notamment sur :

- l'organisation et les relations conflictuelles entre les services médicaux ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;
- les programmes de santé et de population ;
- les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;
- la création ou la suppression des structures médicales ;

Le conseil médical propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention.

Le conseil médical peut être saisi par le directeur de l'établissement hospitalier public et le directeur de l'établissement public de santé de proximité de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

**Article 25 :** Le conseil médical comprend :

- les responsables des services médicaux
- le pharmacien responsable de la pharmacie de l'établissement ;
- un chirurgien-dentiste
- un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux ;
- un représentant des personnels hospitalo-universitaires, le cas échéant.

Le conseil médical élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois (3) années, renouvelable.

**Article 26 :** Le conseil médical se réunit sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux (2) mois. Il peut se réunir en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur de l'établissement hospitalier public soit du directeur de l'établissement public de santé de proximité.

Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal consigné sur un registre ad hoc.

**Article 27 :** Le conseil médical ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente. Cependant, si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors siéger quelque soit le nombre des membres présents.

Le conseil médical élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

## **Section 2** **Dispositions financières**

**Article 28 :** La nomenclature budgétaire des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

**Article 29 :** Le budget des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

**Les recettes comprennent :**

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale, au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droits, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;
- les dotations exceptionnelles ;
- les dons et legs ;
- les recettes diverses ;
- toutes autres ressources liées à l'activité de l'établissement ;
- les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

**Les dépenses comprennent :**

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement ;
- toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son objet.

**Article 30 :** Le projet de budget est préparé par le directeur et soumis au conseil d'administration pour délibération. Il est ensuite transmis pour approbation à l'autorité de tutelle.

**Article 31 :** La comptabilité des établissements publics hospitaliers et des établissements de santé de proximité est tenue conformément aux règles de la comptabilité publique. Le maniement des fonds est confié à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre des finances.

**Article 32 :** Des modalités appropriées de contrôle des dépenses sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

## **CHAPITRE IV** **DISPOSITIONS PARTICULIERES ET FINALES**

**Article 33 :** La liste des établissements publics hospitaliers et des établissements de santé de proximité est fixée en annexes jointes au présent décret.

**Article 34 :** Les dispositions du présent décret sont mises en œuvre dans un délai n'excédant pas six (6) mois à compter de sa publication au *Journal Officiel*.

**Article 35 :** Les dispositions du décret exécutif n° 97-466 du 5 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires sont abrogées.

**Article 36 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007.

**Abdelaziz BELKHADEM**

ANNEXE «1 »  
Liste des établissements publics hospitaliers

**01/- Wilaya d'Adrar :**

- Adrar
- Timimoun
- Reggane

**02/- Wilaya de Chlef :**

- Chlef ( Ouled Mohamed )
- Chlef ( Chorfa )
- Ténés
- Sobha
- Chettia

**03/- Wilaya de Laghouat :**

- Laghouat
- Aflou

**04/- Wilaya d'Oum El Bouaghi :**

- Oum El Bouaghi (Mohamed Boudiaf)
- Oum El Bouaghi (ancien hôpital)
- Ain Beida (Boumali Mohamed)
- Ain Beida (ancien hôpital)
- Meskiana
- Ain M'Lila
- Ain Fekroun

**05/- Wilaya de Batna :**

- Batna
- Arris 1
- Arris 2
- Barika (mohamed boudiaf)
- Barika (slimane amirat)
- Ain touta
- Merouana (ali nemer)
- Merouana ( ziza massika)
- N'Gaous

**06/- Wilaya de Béjaïa :**

- Béjaïa Hôpital (Khelil Amrane)
- Béjaïa Hôpital (Frantz Fanon)
- Aokas
- Akbou
- Sidi Aich
- Kherrata
- Amizour

**07/- Wilaya de Biskra :**

- Biskra (Bachir Bennacer)
- Biskra (Dr Saâdane)
- Ouled Djellal
- Tolga

**16/- Wilaya d'Alger :**

- Rouiba
- Ain – Taya
- Zéralda (Boukacemi Tayeb )
- El Mouradia ( Djillali Rahmouni)
- Kouba (Bachir Mentour)
- El Biar (Djillali Belkhenchir)
- Bologhine Ibn Ziri
- El-Harrache (Hassen Badi)

**17/- Wilaya de Djelfa :**

- Djelfa
- Ain Oussara
- Messaad
- Hassi Bahbah

**18/- Wilaya de Jijel :**

- Jijel
- Taher
- El Milia

**19/- Wilaya de Sétif :**

- El Eulma
- Ain El Kebir
- Bougaa
- Ain Oulmen

**08/- Wilaya de Béchar :**

- Béchar (nouvel hôpital)
- Béchar (Ancien hôpital)
- Abadla
- Béni Abbès

**09/- Wilaya de Blida :**

- Blida
- Meftah
- El Afroun
- Boufarik

**10/- Wilaya de Bouira**

- Bouira
- M'chedellah
- Lakhdaria
- Sour El Ghozlane
- Ain Bessam

**11/- Wilaya de Tamenghasset :**

- Tamenghasset
- In Salah

**12/- Wilaya de Tébessa :**

- Tébessa
- Morsot
- El Aouinet
- Bir El Ater
- Cheria
- Ouenza

**13/- Wilaya de Tlemcen :**

- Ghazaouet
- Sebdou
- Maghnia
- Nedrouma

**14/- Wilaya de Tiaret :**

- Tiaret
  - Sougueur
  - Mahdia
  - Frenda
  - Ksar Chellala
- 15/- Wilaya de Tizi Ouzou :**
- Larbaâ Nath Iraten
  - Tigzirt
  - Draâ El Mizan
  - Boghni
  - Azzazga
  - Azeffoun
  - Ain El Hammam

**25/- Wilaya de Constantine :**

- Constantine (El Bir)
- El Khroub (Med Boudiaf)
- El Khroub (Ali Mendjeli)
- Zighout Youcef

**26/- Wilaya de Média :**

- Média
- Berrouaghia
- Tablat
- Ain Boucif
- Ksar El Boukhari
- Béni Slimane

**27/- Wilaya de Mostaganem :**

- Mostaganem
- Sidi Ali
- Ain Tedlès

**28/- Wilaya de M'Sila :**

- M'Sila
- Boussaâda
- Sidi Aissa
- Ain El Melh

**29/- Wilaya de Mascara :**

- Mascara ( Meslem Tayeb
- Mascara (Issad Khaled)

**20/- Wilaya de Saida :**

- Saida

**21/- Wilaya de Skikda :**

- Skikda (ancien hôpital)
- El Harrouch
- Collo
- Azzaba
- Tamalous

**22/- Wilaya de Sidi Bel Abbés :**

- Ben Badis
- Sfisef
- Telagh

**23/- Wilaya de Annaba :**

- Ain Berda
- El Hadja
- Chetaibi

**24/- Wilaya de Guelma :**

- Guelma (Hakim El Okbi)
- Guelma (Ibn Zohour)
- Ain Larbi
- Oued Znati
- Bouchegouf

**35/- Wilaya de Boumerdès :**

- Thenia
- Bourdj Menaïel
- Dellys

**36/- Wilaya D'ElTaref :**

- El Taref
- El Kala
- Bouhadjar

**37/- Wilaya De Tindouf :**

- Tindouf

**38/- Wilaya de Tissemsilt :**

- Tissemsilt
- Theniet El Had
- Bourdj Bou Naâma

**39/- Wilaya d'El Oued :**

- El Oued
- El Meghaïer
- Djamaâ

**40/- Wilaya de Khenchela :**

- Khenchela (nouvel Hôpital)
- Khenchela (Ali Boushaba )
- Cherchar
- Kais

**41/- Wilaya de Souk Ahras :**

- Souk Ahras (Ibn Rochd)
- Souk Ahras (ancien hôpital)
- Sedrata

**42/- Wilaya de Tipaza :**

- Hadjout
- Gouraya
- Koléa
- Sidi Ghiles

**43/- Wilaya de Mila :**

- Mila (frères Maghlaoui)
- Mila (ancien hôpital des frères tobbal)
- Chelghoum Laid
- Ferdjioua
- Oued Athmania

- Mohammadia
- Sig
- Ghriss
- Tighennif

**30/- Wilaya de Ouargla :**

- Ouargla
- Tougourt
- Hassi Messaoud
- Taïbet

**31/- Wilaya d'Oran :**

- Ain El Turk ( Akid Othmane)
- Arzew (El Mohgoun)

**32/- Wilaya d'El Bayadh :**

- El Bayadh
- El Abiodh Sidi Cheikh
- Bougtoub

**33/- Wilaya d'Illizi :**

- Illizi
- Djanet

**34/- Wilaya de B.B.Areredj :**

- B.B.Areredj
- Medjana
- Ras El -Oued

**44/- Wilaya de Ain Defla :**

- Ain Defla
- Miliana
- Khemis Meliana
- El Attaf

**45/- Wilaya de Naâma :**

- Mechria
- Ain Sefra

**46/- Wilaya de Ain Temouchent**

- Ain Temouchent
- Hammam Bouhadjar
- Béni Saf

**47/- Wilaya de Ghardaïa**

- Ghardaïa
- Metlili
- El Menéa
- Guerara

**48/- Wilaya de Relizane**

- Relizane
- Oued Rhiou
- Mazouna

## Liste des établissements publics de santé de proximité

**01/- Wilaya d'Adrar :**

- Adrar
- Timimoun
- Reggane
- Aoulef
- Bourdj Badji Mokhtar
- Tinerkouk

**02/- Wilaya de Chlef :**

- Béni Haoua
- Taougrit
- Tènès
- Boukadir
- Ouled Farès
- Oued Fodda

**03/- Wilaya de Laghouat :**

- Laghouat
- Ain Madhi
- Hassi Delaâ
- Ksar El Hirane
- Aflou
- Guelet Sidi Saâd
- Brida

**04/- Wilaya d'Oum El Bouaghi :**

- Oum El Bouaghi
- Ain Beida
- Ain M'lila

**05/- Wilaya de Batna :**

- Batna
- El-Madher
- Barika
- N'Gaous
- Ras El Aioun
- Merouana
- Ain Djasser
- Ain Touta
- Arris
- Theniet El Abed

**06/- Wilaya de Béjaïa :**

- Béjaïa
- Aokas
- El Kseur
- Adekar
- Sidi Aich
- Kherrata
- Tazmalt
- Seddouk

**13/- Wilaya de Tlemcen :**

- Tlemcen
- Remchi
- Bab El Assa
- Maghnia
- Sebdou
- Ghazaouet
- Ouled Mimoun

**14/- Wilaya de Tiaret :**

- Tiaret
- Rahouia
- Ain El Hadid
- Ain Deheb
- Mahdia
- Ain Kermès
- Ksar Chellala

**15/- Wilaya de Tizi-Ouzou :**

- Draâ Ben Khadda
- Ouacif
- Larbaâ Nath Iraten
- Boghni
- Iferhounene
- Azzazga
- Azeffoun

**07/- Wilaya de Biskra :**

- Biskra
- El Kantra
- Djemorah
- Ouled Djellel
- Doucen
- Ras El Miaâd
- Tolga
- Sidi Okba
- Zribet El Oued

**08/- Wilaya de Béchar :**

- Béchar
- Béni Ounif
- Abadla
- Taghit
- Tabelbala
- Kerzaz
- Béni Abbès

**09/- Wilaya de Blida :**

- Ouled Aich
- Larbaâ
- Mazaia
- Bouinan

**10/- Wilaya de Bouira :**

- Bouira
- Ahnif
- Lakhdaria
- Sour El Ghozlane
- Ain Bessam

**11/- Wilaya de Tamenghasset :**

- Tamenghasset
- In M'guel
- Abalessa (Slet)
- Tazrouk
- Tin zaouatine
- In guezzam
- In Salah

**12/- Wilaya de Tébessa :**

- Tebbessa
- Ouenza
- Cheria
- Bir El Ater
- El Aouinet
- Negrine

**18/- Wilaya de Jijel :**

- Jijel
- Taher
- Sidi Maaarouf
- Boussif Ouled Askeur
- Ziana Mansouriah
- Djimla

**19/- Wilaya de Sétif :**

- Sétif
- Ain Abessa
- Ain Oulmène
- El Eulma
- Hammam Sokhna
- Ain El Kebir
- Bougaa
- Béni Ourtilène
- Ain Azel

**20/- Wilaya de Saida :**

- Saida
- Sidi Boubekeur
- Moulay Larbi
- El Hassasna



- Ouaguenoun

**16/- Wilaya d'Alger :**

- Raghaia
- Baraki
- Kouba (les Anassers)
- Bordj El Kiffan (Dergana)
- Bab El Oued
- Cheraga (Bouchaouia)
- Zéralda
- Bouzaréah
- Draria
- Sidi M'Hamed (bouchenanfa)

**17/- Wilaya de Djelfa :**

- Djelfa
- Ain Oussara
- Messaad
- Hassi Bahbah
- Guettara

**25/- Wilaya de Constantine**

- Constantine (Larbi Ben M'Hiidi)
- Constantine (Bachir Mentouri)
- El Khroub
- Zighoud Youcef
- Hamma Bouziane
- Ain Abid

**26/- Wilaya de Médéa :**

- Zoubiria
- Berrouaghia
- Tablat
- Chahbounia
- Chellalet El Adaoura
- Ksar El Boukhari
- Béni Slimane

**27/- Wilaya de Mostaganem :**

- Mostaganem
- Ain Tedles
- Mesra
- Sidi Ali
- Sidi Lakhdar
- Achaâcha

**28/- Wilaya de M'Sila :**

- M'Sila
- Magra
- Bousaada
- Bensrouer
- Sidi Aissa
- Ain El Melh

**29/-Wilaya de Mascara :**

- Mascara
- Oued El Abtal
- Mohamadia
- Zahana
- Aouf

**30/- Wilaya de Ourgla :**

- Ourgla
- Touggourt
- Hassi Messaoud
- El Hadjira
- El Borma

**38/- Wilaya Tissemsilt**

- Tissemsilt
- Theniet El Had
- Bordj Bou Naâma

**21/- Wilaya de Skikda :**

- Skikda
- Ben Azzouz
- Sidi Mezghiche
- Ain Kechra
- Ouled Attia

**22/-Wilaya de Sidi Bel Abbès:**

- Sidi Bel Abbès
- Sfifef
- Telagh
- Ain El Berd
- Lamtar
- Tenira
- Marhoum

**23/- Wilaya de Annaba :**

- Annaba
- Berrahal
- El Hadjar

**24/-Wilaya Guelma:**

- Guelma
- Tamlouka
- Oued Znati
- Bouchegouf

**31/-Wilaya d'Oran**

- Arzew
- Oued Tlilet
- Oran ( Hai Bouamama)
- Oran (Seddikia)
- Oran (Front de Mer)
- Oran (Hai Leghoualem)
- Es Senia
- Boutlilis
- Ain El Turk

**32/-Wilaya d'El Bayadh :**

- ElBayadh
- brezina
- Kheiter
- Chellala

**33/-Wilaya d'Illizi**

- Illizi
- In Amenas
- Djanet
- Debdeb

**34/- Wilaya de Bordj B Arredj**

- B. Bou Arredj
- Mansourah
- Ras El Oued
- Bir Kasdali
- Medjana
- El Colla

**35/-Wilaya de Boumerdès**

- Boumerdès
- Bordj Menial
- Dellys
- Khemis El Khecha

**36/- Wilaya d'El Taref**

- El Taref
- El Kala
- Drean
- Bouhadjar

**37/- Wilaya de Tindouf**

- Tindouf
- Oum Lass

**39/- Wilaya d'El Oued:**

- El Oued
- Guemar
- Taleb El Arbi
- Djemaâ
- El Meghaier
- Debila

**40/- Wilaya de Khenchela :**

- Khenchela
- Yabous
- Kais
- Chechar
- El Mhmel
- Djellal

**41/- Wilaya de Souk Ahras :**

- Souk Ahras
- Taoura
- Sedrata
- M'Daourouch

**42/- Wilaya de tipaza**

- Tipaza
- Damous
- Cherchel
- Bou Ismail

**43/ Wilaya de Mila :**

- Mila
- Ferdjioua
- Ain Beida Heriche
- Chelghoum Laid
- Tadjenanet

**44/- Wilaya de Ain Defla :**

- El Abadia
- Djelida
- Ain Lechiekh
- Boumedfaâ

**45/- Wilaya de Naima :**

- Mechria
- Naâma
- Mekmen Benamer
- Ain Sefra

**46/- Wilaya de Ain Temouchent :**

- Ain Temouchent
- Hammam Bouhadjar
- Béni Saf
- El Amria

**47/- Wilaya de Ghardaia**

- Chardaia (Teniet El Makhzen)
- Guerrara
- Beriane
- Metlili
- El Ménéa

**48/- Wilaya de Relizane**

- Relizane
- Yellel
- Zemmora
- Djidiouia
- Sidi M'Hame d Benali

**Décret exécutif n° 08-61 du 17 Safar 1429 correspondant au 24 février 2008 modifiant et complétant la liste des établissements publics hospitaliers annexée au décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;  
Vu l'ordonnance n°95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : La liste des établissements publics hospitaliers annexée au décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007, susvisé, est modifiée et complétée comme suit :

ANNEXE «1»  
**LISTE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS HOSPITALIERS**

- ..... (sans changement) .....
- 02/ - Wilaya de Chlef:**  
Chlef (Ouled Mohamed)  
Chlef (Chorfa)  
Ténès (Zighoud Youcef)  
Ténès (ancien hôpital)  
Sobha  
Chettia  
..... (sans changement) .....
- 04/ - Wilaya d.Oum El Bouaghi :**  
Oum El Bouaghi (Mohamed Boudiaf)  
Oum El Bouaghi (ancien hôpital)  
Aïn Beïda (Zerdani Salah)  
Meskiana  
Aïn M.Lila  
Aïn Fekroun  
..... (sans changement) .....
- 12/ - Wilaya de Tébessa :**  
Tébessa (Alia Salah)  
Tébessa (Bouguerra Boulares)  
Morsot  
El Aouinet  
Bir El Ater  
Cheria  
Ouenza  
..... (sans changement) .....
- 19/ - Wilaya de Sétif :**  
El Eulma  
Aïn El Kebira  
Bougaa  
Aïn Oulmene  
Béni Ourtilene  
..... (sans changement) .....
- 45/ - Wilaya de Naâma :**  
Naâma  
Mecheria  
Aïn Sefra  
..... (le reste sans changement) .....

**Article 2** : Le présent décret sera publié au Journal Officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Safar 1429 correspondant au 24 février 2008.

**Abdelaziz BELKHADEM.**

**Circulaire N° 03 du 21 Février 1998 relatif aux modalités de mise en place des conseils d'administration, médicaux et scientifiques au niveau des EHS, SS et CHU**

Destinataires :

Mesdames et Messieurs :

Le Directeur de la Prévention, de la Santé et de la Population du Gouvernorat du Grand Alger :

Les Directeurs de la Santé et de la Population :

Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires :

Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés :

Les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

Copie en communication à :

Monsieur le Ministre Gouverneur de Grand Alger

Messieurs les Walis.

Réf :

Décret exécutif n° 97-465 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés :

Décret exécutif n° 97-466 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires :

Décret exécutif n° 97-467 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

Dans le cadre de l'organisation administrative définie par les textes cités en référence, chaque établissement de santé est doté d'un organe délibérant dénommé conseil d'administration et d'un organe consultatif dénommé selon la nature de l'établissement, conseil médical ou conseil scientifique.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités pratiques de mise en place de ces organes.

**I – Conseil d'administration :**

1- Conformément à l'article 11 des décrets exécutifs n° 97-466 du 02/12/97 régissant les établissements hospitaliers spécialisés et les secteurs sanitaires,

les membres du conseil d'administration sont nommés par arrêté du wali pour un mandat de trois ans sur proposition des autorités dont ils relèvent.

S'agissant des C.H.U. l'article 14 du décret exécutif n° 97-467 précise que les membres du conseil d'administration sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé , sur proposition des autorités dont ils relèvent pour un mandat de trois ans renouvelable .

La composition du conseil d'administration vise à assurer la participation des différents partenaires à la gestion des établissements de santé.

L'application de la disposition y afférente a soulevé quelques difficultés notamment à propos du mode de désignation du représentant de l'administration des finances, du représentant des assurances économiques et de celui des associations d'usagers.

1.- Secteurs sanitaires et établissements hospitaliers spécialisés :

1.1.1- Le directeur de la santé et de la population est chargé de saisir les présidents d'APC et d'APW du siège de l'établissement, les autorités des autres secteurs d'activité et les partenaires membres du conseil d'administration pour la désignation de leur représentant.

Ces représentants sont :

Au niveau de la wilaya, l'administration des finances qui doit proposer un représentant à l'échelon local ;

Un représentant des assurances économiques ;

Un représentant des organismes de sécurité sociale ;

Un représentant des associations d'usagers existantes sur le territoire de la wilaya les plus représentatives, notamment, s'agissant des E.H.S, celles qui sont organisées autour des pathologies prises en charge par ces établissements.

1.1.2- A propos du représentant des travailleurs, il s'agit du représentant des personnels autres que paramédicaux, médicaux et les hospitalo-universitaires, élu par le collectif concerné.

1.1.3- Pour ce qui est des E.H.S qui assurent des activités hospitalo-universitaires, les DSP saisissent l'institution de formation en sciences médicales territorialement compétente pour désigner son représentant.

## 1- Centre hospitalo-universitaires

1.2.1- La présidence du conseil d'administration du CHU est assurée par le directeur de la santé et de la population de la wilaya en qualité de représentant du Ministre de la santé et de la population.

A ce titre, il est chargé de saisir les collectivités locales, les responsables des secteurs d'activité et les partenaires sociaux concernés, par leur présentation au sein du conseil d'administration. Il s'agit :

Des représentants de l'APW et de l'APC, siège du CHU ;  
Du représentant de l'administration des finances ;  
Du représentant des assurances économiques ;  
Du représentant des organismes de la sécurité sociale ;  
Du représentant du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.

Le Ministère de la santé et de la population se chargera de saisir les autorités ministérielles membres du conseil d'administration des centres hospitalo-universitaires.

### **II- Conseils médicaux / Conseils scientifiques :**

La composition des conseils médicaux des E.H.S. et des secteurs sanitaires est fixée par l'article 21 des textes régissant ces établissements.

En ce qui concerne les établissements hospitaliers spécialisés, sont membres de droit :

Les praticiens médicaux, chefs de services ;  
Le pharmacien responsable de la pharmacie de l'établissement  
Deux membres des personnels médicaux élus par leurs pairs ;  
Un représentant des personnels hospitalo-universitaires, le cas échéant.

Sont également membres :

Un membre de la communauté scientifique de l'établissement autre que médicale élu par ses pairs ;  
Un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux ;  
S'agissant des secteurs sanitaires, sont membres de droit ;  
Les responsables des services médicaux et des sous secteurs sanitaires régulièrement créés ;  
Le pharmacien responsable de la pharmacie ;  
Un représentant des personnels hospitalo- universitaires, le cas échéant ;

Sont membres élus :

Un chirurgien dentiste désigné par le directeur après élection par ses pairs ;  
Un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Conseils scientifiques du C.H.U :

2- La composition du conseil scientifique est fixée par l'article 24 du texte régissant le CHU

Sont membres de droit :

Les chefs de services régulièrement créés ;  
Le directeur de l'établissement de formation supérieure concerné ou son représentant ;  
Les responsables d'unités de recherches ; s'il y a lieu.

Sont membres désignés par le directeur général du CHU :

Deux (02) à trois (03) membres sur proposition du conseil scientifique :

Un paramédical ayant le grade le plus élevé dans le corps des paramédicaux.

Sont membres élus par leurs pairs, pour une durée de 3 ans :

Un docteur ;

Un maître-assistant.

Pour le CHU, conformément à l'article 24, le conseil scientifique élit en son sein un président et un vice président pour une durée de trois années renouvelable.

Telles sont les réponses aux principales préoccupations soulevées. Toute nouvelle difficulté rencontrée dans le cadre de l'application de la présente circulaire devra être signalée.

**LE SECRETAIRE GENERAL**

**Arrêté interministériel du 29 Dhou El Hidja 1418 Correspondant au 26 avril 1998 fixant l'organigramme des centres hospitalo-universitaires.**

Le ministre des Finances ;  
 Le ministre de la santé et de la population et,  
 Le Ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement, chargé de la réforme administrative et de la fonction publique ;  
 Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
 Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
 Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires, notamment son article 21 ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>.** En application des dispositions de l'article 21 du décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer l'organisation administrative des centres hospitalo-universitaires.

**Article 2.** Sous l'autorité du directeur général, l'organisation administrative des centres hospitalo-universitaires comprend :

la direction des ressources humaines ;  
 la direction des finances et du contrôle ;  
 la direction des moyens matériels ;  
 la direction des activités médicales et paramédicales.

Les unités du centre hospitalo-universitaires sont organisées en bureaux et sont rattachées au directeur général :

le bureau d'ordre général ;  
 le bureau de l'information et de la communication ;  
 le bureau de la sécurité et de la surveillance générale ;  
 le bureau des marchés, du contentieux et des affaires juridiques.

**Article 3.** La direction des ressources humaines comprend :

la sous direction des personnels qui comporte :  
 le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et de service ;  
 le bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues ;  
 le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde.

La sous direction de la formation et de la documentation qui comporte :

le bureau de la formation  
 le bureau de la documentation

**Article 4.** La direction des finances et du contrôle comprend :

La sous direction des finances qui comporte :  
 le bureau du budget et de la comptabilité ;  
 le bureau des recettes et des caisses

La sous direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts qui comporte :

le bureau de l'analyse et de la maîtrise des coûts ;  
 le bureau de la facturation

**Article 5.** La direction des moyens matériels comprend :

La sous direction des services économiques qui comporte :

le bureau des approvisionnements ;  
 le bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des réformes ;  
 le bureau de la restauration et de l'hôtellerie.  
 La sous direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable qui comporte :  
 le bureau des produits pharmaceutiques ;  
 le bureau des instruments et des consommables.

La sous direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance qui comporte :

le bureau des infrastructures  
 le bureau des équipements ;  
 le bureau de la maintenance.

**Article 6.** La direction des activités médicales et paramédicales comprend :

La sous direction des activités médicales qui comporte :  
 le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales ;  
 le bureau de la permanence et des urgences ;  
 le bureau de la programmation et du suivi des étudiants.

La sous direction des activités paramédicales qui comporte :

le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités paramédicales ;  
 le bureau des soins infirmiers  
 le bureau de la programmation et du suivi des stagiaires.

La sous direction de la gestion administrative du malade qui comporte :

le bureau d'admission des malades ;  
 le bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités socio-thérapeutiques ;

**Article 7.** Compte tenu de ses spécificités, le centre hospitalo-universitaire de Blida sera doté d'une structure complémentaire dénommée « sous direction de psychiatrie »

**Article 8.** Les unités du centre hospitalo-universitaire sont organisées en trois bureaux :

le bureau des personnels ;  
 le bureau des activités médicales et paramédicales ;  
 le bureau de l'administration des moyens.

**Article 9.** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 29 Dhou El Hidja 1418 correspondant au 26 avril 1998.

P. Le ministre des Finances

Le ministre de la santé  
 et de la population

Le ministre délégué auprès  
 du ministre des finances,  
 Chargé du budget

**Yahia GUIDOUM**

**Ali BRAHITI**

Le ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement chargé de la réforme administrative  
 et de la fonction publique **Ahmed NOUI**



**Arrêté interministériel du 29 Dhou El Hidja 1418 correspondant au 26 avril 1998 fixant l'organigramme des établissements hospitaliers spécialisés.**

Le ministre des finances,  
Le ministre de la santé et de la population et,  
Le ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement, chargé de la réforme administrative et de la fonction publique,  
Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés, notamment son article 18 ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 18 du décret exécutif n° 97-465 du chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer l'organigramme des établissements hospitaliers spécialisés,

**Article 2** : Sous l'autorité du directeur auquel sont rattachés le bureau d'ordre général et le bureau de la communication, l'organisation administrative de l'établissement hospitalier spécialisé comprend :

la sous direction de l'administration des moyens ;  
la sous direction des services économiques, des infrastructures et des équipements ;  
la sous direction des activités de santé.

**Article 3** : La sous direction de l'administration des moyens comprend trois (3) bureaux :

le bureau de la gestion des ressources humaines et du contentieux ;  
le bureau du budget et de la comptabilité ;  
le bureau des coûts de santé.

**Article 4** : La sous direction des services économiques, des infrastructures et des équipements deux (2) bureaux ;

le bureau des services économiques ;  
le bureau des infrastructures, des équipements et de la maintenance.

**Article 5** : La sous direction des activités de santé comprend quatre (4) bureaux :

le bureau de la prévention ;  
le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités de soins ;  
le bureau de l'accueil, de l'information et de l'orientation ;  
Le bureau des entrées.

**Article 6** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 29 Dhou ElHidja 1418 correspondant au 26 avril 1998.

P. Le ministre des finances  
Le ministre délégué auprès  
du ministre des finances  
chargé du budget

**Ali BRAHITI**

le ministre de la santé  
et de la population  
**Yahia GUIDOUM**

Le ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement,  
chargé de la réforme administrative  
**Ahmed NOUI**

**Arrêté interministériel du correspondant au 20 Décembre 2009 portant organisation interne des établissements publics hospitaliers**

Le secrétaire général du Gouvernement,  
Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Le ministre des finances,

Vu le décret présidentiel n°09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement,  
Vu le décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007, modifié et complété portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, notamment son article 22,  
Vu le décret présidentiel du 7 Rabie Ethani 1423 correspondant au 18 juin 2002 portant nomination du secrétaire général du Gouvernement,

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>.** En application des dispositions de l'article 22 du décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 sus visé, le présent arrêté a pour objet de fixer l'organisation interne des établissements publics hospitaliers.

**Article 2 :** Sous l'autorité du directeur auquel sont rattachés le bureau d'ordre général et le bureau de la communication, l'organisation interne des établissements publics hospitaliers comprend :

sous-directeurs chargés respectivement :

- la sous-direction des finances et des moyens ;
- la sous-direction des ressources humaines
- la sous-direction des services de santé
- la sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

**Article 3 :** la sous-direction des finances et des moyens comprend trois (3) bureaux :

- le bureau du budget et de la comptabilité,
- le bureau des marchés publics
- le bureau des moyens généraux

**Article 4 :** la sous-direction des ressources humaines comprend deux (2) bureaux :

- le bureau de la gestion des ressources humaines,
- le bureau de la formation.

**Article 5 :** la sous-direction des services de santé comprend trois (3) bureaux :

- le bureau des entrées
- le bureau de la contractualisation et du calcul des coûts
- le bureau de l'organisation, du suivi et de l'évaluation des activités de santé.

**Article 6 :** la sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes comprend deux (2) bureaux :

- le bureau de la maintenance des équipements médicaux
- le bureau de la maintenance des équipements connexes.

**Article 7 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 20 Décembre 2009

Le ministre des finances  
**Karim DJOUDI**

le ministre de la santé, de la population  
et de la réforme hospitalière  
**Said Barkat**

Pour le secrétaire Général du  
Gouvernement et par délégation  
Le directeur général de la fonction publique  
**Djamel KHERCHI**

**Arrêté interministériel du au 20 Décembre 2009 portant organisation interne des établissements publics de santé de proximité**

Le secrétaire général du Gouvernement,  
Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Le ministre des finances,

Vu le décret présidentiel n°09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement,

Vu le décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007, modifié et complété portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, notamment son article 22,

Vu le décret présidentiel du 7 Rabie Ethani 1423 correspondant au 18 juin 2002 portant nomination du secrétaire général du Gouvernement,

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>.** En application des dispositions de l'article 22 du décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 sus visé, le présent arrêté a pour objet de fixer l'organisation interne des établissements publics de santé de proximité.

**Article 2 :** Sous l'autorité du directeur auquel sont rattachés le bureau d'ordre général et le bureau de la communication, l'organisation interne des établissements publics hospitaliers comprend :

sous-directeurs chargés respectivement :

- la sous-direction des finances et des moyens ;
- la sous-direction des ressources humaines
- la sous-direction des services de santé
- la sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

**Article 3 :** la sous-direction des finances et des moyens comprend trois (3) bureaux :

- le bureau du budget et de la comptabilité,
- le bureau des marchés publics
- le bureau des moyens généraux

**Article 4 :** la sous-direction des ressources humaines comprend deux (2) bureaux :

- le bureau de la gestion des ressources humaines,
- le bureau de la formation.

**Article 5 :** la sous-direction des services de santé comprend trois (3) bureaux :

- le bureau de la prévention,
- le bureau des entrées, de la contractualisation et du calcul des coûts
- le bureau de l'organisation, du suivi et de l'évaluation des activités de santé.

**Article 6 :** la sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes comprend deux (2) bureaux :

- le bureau de la maintenance des équipements médicaux
- le bureau de la maintenance des équipements connexes.

**Article 7 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 20 Décembre 2009

Le ministre des finances  
**Karim DJOUDI**

le ministre de la santé, de la population  
et de la réforme hospitalière  
**Said Barkat**

*Pour le secrétaire Général du  
Gouvernement et par délégation  
Le directeur général de la fonction publique  
**Djamel KHERCHI***

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**Arrêté interministériel du 11 Chaoual 1415 correspondant au 13 mars 1995 portant classement des postes supérieurs des centres hospitalo-universitaires.**

Le Chef du Gouvernement,  
 Le ministre de la santé et de la population et,  
 Le ministre des finances,  
 Vu le décret n° 85-58 du 23 mars 1985, modifié relatif à l'indemnité d'expérience ;  
 Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
 Vu le décret n° 86-25 du 17 février 1986, modifié, portant statut-type des centres hospitalo-universitaires ;  
 Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous classification des postes supérieurs des organismes employeurs ;  
 Vu le décret présidentiel n° 94-92 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994, portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
 Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 4 Dhou El Kaada 1414 correspondant au 15 avril 1994, modifié et complété, portant nomination des membres du Gouvernement ;  
 Vu le décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991 portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaire ;  
 Vu le décret exécutif n° 94-376 du 10 Joumada Ethania 1415 correspondant au 14 novembre 1994 modifiant le décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991 portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaire ;  
 Vu l'arrêté interministériel du 18 février 1987 fixant la sous classification des postes supérieurs des établissements publics à caractère administratif ;  
 Vu l'arrêté interministériel du 11 Chaoual 1415 correspondant au 13 mars 1995 fixant les conditions de nomination aux postes supérieurs des centres hospitalo-universitaires, des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>.** En application des dispositions du décret n° 86-179 du 5 août 1986 et de l'arrêté interministériel du 18 février 1987, susvisés, les centres hospitalo-universitaires sont classés conformément au tableau ci-après :

ETABLISSEMENTS PUBLICS	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Centre hospitalo-universitaire à 3 directions	A	1	1080
Centre hospitalo-universitaire à 2 directions	A	4	920

**Article 2 :** Les postes supérieurs des centres hospitalo-universitaires prévus par l'arrêté interministériel du 11 Chaoual 1415 correspondant au 13 mars 1995, susvisé, bénéficient d'une sous-classification dans la grille des indices maxima prévus par le décret n° 86-17ç du 5 août 1986 susvisé, comme suit :

ETABLISSEMENTS	POSTES SUPERIEURS	CLASSEMENT			
		Catégorie	Section	Niveau Hiérarchique	Indice
Centre hospitalo-universitaire à 3 directions	Directeur général	A	1	N	1080
	Secrétaire général	A	1	N'	840
	Directeur	A	1	N-1	778
	Directeur d'unité	A	1	N-2	686
	Sous directeur	A	1	N-2	686
	Chef de bureau	A	1	N-3	606
Centre hospitalo-universitaire à 2 directions	Directeur général	A	1	N	920
	Secrétaire général	A	1	N'	778
	Directeur	A	1	N-1	714
	Directeur d'unité	A	1	N-2	632
	Sous directeur	A	1	N-2	632
	Chef de bureau	A	1	N-3	556

**Article 3 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.  
 Fait à Alger, le 11 Chaoual 1415 correspondant au 13 mars 1995.

Le ministre de la santé  
 et de la population  
**Yahia GUIDOUM**

P. Le ministre des finances  
 Le ministre délégué du budget  
**Ali BRAHITI**

P. Le Chef du Gouvernement  
 et par délégation  
 Le directeur général de la fonction publique  
**Djamel KHERCHI**

**Arrêté interministériel du 29 Dhou El Hidja 1418 Correspondant au 26 avril 1998 fixant l'organigramme du centre hospitalo-universitaire de Blida.**

Le ministre des finances,  
Le Ministre de la santé et de la Population et,  
Le Ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement, chargé de la réforme administrative et de la fonction publique,  
Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires, notamment son article 21 ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des disposition de l'article 21 du décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997, susvisé, le présent arrêté a pour de fixer l'organisation administrative du centre hospitalo-universitaire de Blida.

**Article 2 :** Sous l'autorité du directeur général, l'organisation administrative du centre hospitalo-universitaire de Blida comprend :

- la direction des ressources humaines ;
- la direction des finances et du contrôle ;
- la direction des moyens matériels ;
- la direction des activités médicales et paramédicales.

Les unités du centre hospitalo-universitaire sont organisées en bureaux et sont rattachées au directeur général :

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

**Article 3 :** La direction des ressources humaines comprend :

- La sous direction des personnels qui comporte :
  - le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et de services ;
  - le bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues ;
  - le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde.

La sous direction de la formation et de la documentation qui comporte :

- le bureau de la formation ;
- le bureau de la documentation

**Article 4 :** La direction des finances et du contrôle comprend :

- La sous direction des finances qui comporte :
  - le bureau du budget et de la comptabilité ;
  - le bureau des recettes et des caisses
- La sous direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts qui comporte :
  - le bureau de l'analyse et de maître des coûts ;
  - le bureau de la facturation.

**Article 5 :** La direction des services économiques qui comporte :

- le bureau des approvisionnements ;
- le bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des réformes ;
- le bureau de la restauration et de l'hôtellerie.
- La sous direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable qui comporte :
  - le bureau des produits pharmaceutiques ;
  - le bureau des instruments et des consommables.

La sous direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance qui comporte :

- le bureau des infrastructures ;
- le bureau des équipements ;
- le bureau de la maintenance.

**Article 6 :** La direction des activités médicales et paramédicales comprend :

- La sous direction des activités médicales qui comporte
  - le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales ;
  - le bureau de la garde et des urgences ;
  - le bureau de la programmation et du suivi des étudiants.
- La sous direction des activités paramédicales qui comporte :
  - le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités paramédicales ;
  - le bureau des soins infirmiers ;
  - le bureau de la programmation et du suivi des stagiaires.
- La sous direction de la gestion administrative du malade qui comporte :
  - le bureau des activités socio-thérapeutiques ;
  - le bureau de l'administration des biens des malades ;
  - le bureau des espaces de soins.

**Article 7 :** Les unités du centre hospitalo-universitaire sont organisées en trois bureaux :

- le bureau des personnels ;
- le bureau des activités médicales et paramédicales ;
- le bureau de l'administration des moyens

**Article 8 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 29 Dhou El Hidja 1418 correspondant au 26 avril 1998.

P. Le ministre des Finances

Le ministre de la santé  
et de la population

Le ministre délégué auprès  
du ministre des finances,  
Chargé du budget

**Yahia GUIDOUM**

**Ali BRAHITI**

Le ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement Chargé de la réforme administrative  
et de la fonction publique **Ahmed NOUI**

Le ministre des finances,

Le ministre de la santé et de la population et,

Le ministre délégué auprès du chef du Gouvernement, chargé de la réforme administrative et de la fonction publique,

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991 portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaire, modifié et complété par le décret exécutif n° 94-376 du 10 Joumada Ethania 1415 correspondant au 14 novembre 1994 ;

Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés, notamment son article 18 ;

Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires, notamment son article 18 ;

Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;

Vu l'arrêté interministériel du 18 février 1987 fixant la sous classification des postes supérieurs des établissements publics à caractère administratif ;

Vu l'arrêté interministériel du 12 Chaoual 1415 correspondant au 13 mars 1995 fixant les conditions de nomination aux postes supérieurs des centres hospitalo-universitaires ; des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés ;

Arrêté interministériel du 29 Dhou El Hidja 1418 correspondant au 26 avril 1998 fixant l'organigramme des centres hospitalo-universitaires ;

Arrêté interministériel du 29 Dhou El Hidja 1418 correspondant au 26 avril 1998 fixant l'organigramme des établissements hospitaliers spécialisés.

Arrêté interministériel du 29 Dhou El Hidja 1418 correspondant au 26 avril 1998 fixant l'organigramme des secteurs sanitaires.

Arrêté interministériel du 26 Joumada El Oula 1419 correspondant au 17 septembre 1998 portant classement des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le tableau annexé à l'arrêté interministériel du 12 Chaoual 1415 correspondant au 13 mars 1995 susvisé, est modifié et complété conformément au tableau annexé au présent arrêté.

**Article 2 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 26 Joumada El Oula 1419 correspondant au 17 septembre 1998.

P. Le ministre des finances

Le ministre délégué auprès  
du ministre des finances  
chargé du budget

**Ali BRAHITI**

le ministre de la santé

et de la population

**Yahia GUIDOUM**

Le ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement,

chargé de la réforme administrative

**Ahmed NOUI**

**TABLEAU ANNEXE**

ETABLISSEMENTS	POSTES SUPERIEURS	CONDITION DE NOMINATION	MODE DE NOMINATION
Centre hospitalo-universitaire	Directeur général	Sans changement	Décret exécutif
	Secrétaire général	Sans changement	Arrêté ministériel
	Directeur et directeur d'unité	Sans changement	Arrêté ministériel
	Sous-directeur	Sans changement	Arrêté ministériel
	Chef de bureau	Sans changement	Arrêté ministériel
Secteurs sanitaires et établissements hospitaliers spécialisés de la catégorie A	Directeur	Sans changement	Arrêté ministériel
	Directeur adjoint	Sans changement	Arrêté ministériel
	Chef de bureau	Administrateur des services sanitaires de 3 <sup>ème</sup> classe ou grade équivalent titulaire justifiant de 4 ans d'ancienneté en cette qualité	Arrêté ministériel
Secteurs sanitaires et établissements hospitaliers spécialisés de la catégorie B	Directeur	Sans changement	Arrêté ministériel
	Directeur adjoint	Sans changement	Arrêté ministériel
	Chef de bureau	Administrateur des services sanitaires de 3 <sup>ème</sup> classe ou grade équivalent titulaire justifiant de 2 ans d'ancienneté en cette qualité	Arrêté ministériel
Secteurs sanitaires et établissements hospitaliers spécialisés de la catégorie C	Directeur	Sans changement	Arrêté ministériel
	Directeur adjoint	Sans changement	Arrêté ministériel
	Chef de bureau	Administrateur des services sanitaires de 3 <sup>ème</sup> classe ou grade équivalent titulaire	Arrêté ministériel



**Arrêté interministériel du 26 Joumada El Oula 1419 correspondant au 17 septembre 1998 portant classement des postes supérieurs des centres hospitalo-universitaires, des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés.**

Le ministre des finances,

Le ministre de la santé et de la population et,

Le ministre délégué auprès du chef du Gouvernement, chargé de la réforme administrative et de la fonction publique,  
Vu le décret n° 85-58 du 23 mars 1985, modifié relatif à l'indemnité d'expérience ;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous classification des postes supérieurs des organismes employeurs ;  
Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991 portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaire, modifié et complété par le décret exécutif n° 94-376 du 10 Joumada Ethania 1415 correspondant au 14 novembre 1994 ;  
Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés, notamment son article 18 ;  
Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires, notamment son article 18 ;  
Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;  
Vu l'arrêté interministériel du 18 février 1987 fixant la sous classification des postes supérieurs des établissements publics à caractère administratif ;  
Vu l'arrêté interministériel du 12 Chaoual 1415 correspondant au 13 mars 1995 fixant les conditions de nomination aux postes supérieurs des centres hospitalo-universitaires ; des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés ;  
Vu l'arrêté interministériel du 12 Chaoual 1415 correspondant au 13 mars 1995 portant classement des postes supérieurs des centres hospitalo-universitaires ;  
Vu l'arrêté interministériel du 29 Dhou El Hidja 1418 correspondant au 26 avril 1998 fixant l'organigramme des centres hospitalo-universitaires ;  
Vu l'arrêté interministériel du 29 Dhou El Hidja 1418 correspondant au 26 avril 1998 fixant l'organigramme des établissements hospitaliers spécialisés.  
Vu l'arrêté interministériel du 29 Dhou El Hidja 1418 correspondant au 26 avril 1998 fixant l'organigramme des secteurs sanitaires.  
Vu l'arrêté interministériel du 26 Joumada El Oula 1419 correspondant au 17 septembre 1998 portant classement des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions du décret n° 86-179 du 5 août 1986 et de l'arrêté interministériel du 18 février 1987, susvisés, les établissements hospitaliers spécialisés, les secteurs sanitaires et les centres hospitalo-universitaires sont classés conformément au tableau ci-après :

ETABLISSEMENTS	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Centre hospitalo-universitaire	A	1	1080
Secteur sanitaire et établissement hospitalier spécialisé de la catégorie "A"	A	4	840
Secteur sanitaire et établissement hospitalier spécialisé de la catégorie "B"	B	1	794
Secteur sanitaire et établissement hospitalier spécialisé de la catégorie "C"	B	2	746

**Article 2** : Les postes supérieurs des établissements publics à caractère administratif prévus par l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus bénéficient d'une sous classification dans la grille des indices maximum prévus par le décret n° 86-179 du 5 août 1986 susvisé, comme suit :

ETABLISSEMENTS	POSTES SUPERIEURS	CLASSEMENT			
		Catégorie	Section	Niveau Hiérarchique	Indice
Centre hospitalo-universitaire	Directeur général	A	1	N	1080
	Secrétaire général	A	1	N'	840
	Directeur	A	1	N-1	778
	Directeur d'unité	A	1	N-1	778
	Sous-directeur	A	1	N-2	686
	Chef de bureau	A	1	N-3	606
Secteur sanitaire et établissements hospitalier spécialisé de la catégorie "A"	Directeur	A	4	N	840
	Directeur adjoint	A	4	N-1	672
	Chef de bureau	A	4	N-2	606
Secteur sanitaire et établissements hospitalier spécialisé de la catégorie "B"	Directeur	B	1	N	794
	Directeur adjoint	B	1	N-1	658
	Chef de bureau	B	1	N-2	581
Secteur sanitaire et établissements hospitalier spécialisé de la catégorie "C"	Directeur	B	2	N	746
	Directeur adjoint	B	2	N-1	632
	Chef de bureau	B	2	N-2	556

**Article 3** : Outre le salaire de base, les travailleurs visés à l'article 2 ci-dessus bénéficient de l'indemnité d'expérience acquise au titre du grade d'origine, ainsi que des indemnités et primes prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 4** : Sont abrogées les dispositions de l'arrêté interministériel du 12 Chaoual 1415 correspondant au 13 mars 1995, susvisé.

**Article 5** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 26 Joumada El Oula 1419 correspondant au 17 septembre 1998.

P. Le ministre des finances  
Le ministre délégué auprès  
du ministre des finances  
chargé du budget  
**Ali BRAHITI**

le ministre de la santé  
et de la population  
**Yahia GUIDOUM**

Le ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement,  
chargé de la réforme administrative  
**Ahmed NOUI**

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION,

Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 04 Dhou El-Kaada 1414 correspondant au 15 avril 1994 portant nomination des membres du Gouvernement,

Vu le décret n° 90-124 du 30 avril 1990 fixant les attributions du ministre de la santé ;

Vu le décret n° 81-242 du 05 septembre 1981 portant création et organisation des secteurs sanitaires, notamment son article 7, modifié,  
Vu le décret n° 81-243 du 5 septembre 1981 portant création et organisation des établissements hospitaliers spécialisés, notamment son article 7, modifié,

Vu le décret n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique, notamment son article 64, modifié,

Vu le décret exécutif n°93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail,

Vu l'arrêté n°22/MS/DGRDAE du 24 novembre 1981 portant organisation et fonctionnement des secteurs sanitaires,

Vu l'arrêté n° 339/MSP/CAB du 25 novembre 1984 portant création et organisation des services de médecine du travail au sein des secteurs sanitaires,

Vu l'arrêté n° 0115/MSP/CAB du 04 novembre 1985 portant création et organisation des services d'épidémiologie et de médecine préventive au sein des secteurs sanitaires.

**ARRETE :**

**Article 1 :** En application des dispositions de l'article 64 du décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991 sus-visés, le présent arrêté a pour objet de définir le service et l'unité de santé publique.

**SECTION I : L'UNITE DE SANTE PUBLIQUE**

**Article 2 :** L'unité de santé publique constitue l'entité fonctionnelle de base d'un service de santé publique.

Elle a pour mission d'assurer une ou plusieurs activités spécifiques relevant des domaines de la prévention, des soins, du diagnostic, des explorations et de la production de moyens de traitement.

**Article 3 :** L'unité de santé publique est constituée soit d'un ensemble d'installations médico-techniques soit d'activités de prévention.

**Article 4 :** La capacité d'une unité de santé publique est de :

20 à 30 lits pour l'activité clinique,

6 à 8 lits pour la réanimation, les soins intensifs et les urgences médico-chirurgicales,

30 à 40 lits pour la psychiatrie et la rééducation fonctionnelle.

5 fauteuils dentaires pour la chirurgie dentaire

Les capacités normatives des unités de santé publique autres que celles énumérées ci-dessus sont précisées en tant que de besoin par instructions ministérielles.

**SECTION II : LE SERVICE DE SANTE PUBLIQUE**

**Article 5 :** Le service de santé publique est composé de 2 unités au moins et de 4 au plus. Il a pour mission d'assurer des activités définies selon la spécialité qui lui est dévolue et relevant des domaines de la prévention, des soins du diagnostic, des explorations et de la production de moyens de traitement.

**Article 6 :** Sont également considérés comme services de santé publique :

Le service de médecine du travail (S.M.T)

Le service d'épidémiologie médecine préventive (S.E.M.E.P)

**SECTION III DISPOSITIONS FINALES**

**Article 7 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté notamment celles de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté n°22 du 24 novembre 1981 portant organisation et fonctionnement des secteurs sanitaires.

**Article 8 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait a Alger, le 17 Juillet 1994

وزير الصحة والسكان

السيد يحي قويدم

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**ALGER LE 04/NOV/1985**

**A R R E T E N° 00115/MSP/CAB DU 04/NOV/1985 PORTANT CREATION ET ORGANISATION DES SERVICES  
D'EPIDEMIOLOGIE ET DE MEDECINE PREVENTIVE AU SEIN DES SECTEURS SANITAIRES**

Le Ministre de la Santé Publique

Vu la loi n°79-12 du 05 Août 1978 portant Statut Général du Travailleur, notamment ses Articles 14,15 et 54.

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment ses articles 26 et 27.

Vu le décret n°82-20 du 16 janvier 1982 fixant les attributions du Ministère de la santé publique.

Vu le décret n° 81-242 du 05 septembre 1981 portant création et organisation des secteurs sanitaires.

Vu le décret n° 85-176 du 25 juin 1985 portant modification du décret n° 82-493 du 18 décembre 1982 relatif à la coordination des activités de soins et des activités de formation en soins médicaux.

Vu l'arrêté n° 22 du 24 novembre 1981 portant organisation et fonctionnement des secteurs sanitaires.

Vu l'arrêté n° 834 du 30 novembre 1981 portant règlement intérieur type des secteurs sanitaires et hôpitaux spécialisés autres que psychiatrique.

**A R R E T E :**

**Article 1 :** il est créé un service d'épidémiologie et de médecine préventive au sein de chaque secteur sanitaire.

**Article 2 :** le service d'épidémiologie et de médecine préventive est dirigé par un médecin spécialiste en épidémiologie et médecine préventive.

A défaut de spécialiste, le service d'épidémiologie et de médecine préventive est dirigé par un médecin généraliste.

**Article 3 :** les activités du service d'épidémiologie et de médecine préventive comportent les tâches suivantes :

En matière d'épidémiologie et de biostatistique :

collecte, traitement et diffusion de l'ensemble des informations sanitaires hospitalières et extra-hospitalières.

Enquêtes épidémiologiques.

Surveillance et lutte contre les maladies transmissibles.

Surveillance et contrôle des maladies non transmissibles les plus prévalent.

En matière d'hygiène du milieu :

étude des caractéristiques et collecte des informations relatives à l'hygiène du milieu dans le secteur sanitaire.

Contrôle des normes d'hygiène du milieu dans le secteur sanitaire en particulier :

contrôle de l'hygiène hospitalière et des unités de santé de base.

Contrôle de l'application par les collectivités locales des normes d'assainissement (hygiène publique, eau potable, eaux usées).

Contrôle du respect des normes en hygiène alimentaire dans les établissements publics.

En matière de prévention médico-sociale :

programmation, application et évaluation des programmes de vaccination.

Application et évaluation périodique des programmes de protection maternelle et infantile et d'espacement de naissances.

Surveillance des activités d'hygiène en milieu éducatif et application du programme national élaboré par le Ministère de la Santé Publique.

Initiation des programmes de lutte en rapport avec des besoins déterminés au niveau du secteur sanitaire.

Le service d'épidémiologie et de médecine préventive organise la prise en charge des soins de santé de base et peut participer à cette prise en charge.

**Article 4 :** le service d'épidémiologie et de médecine préventive est chargé de la planification sanitaire au niveau du secteur sanitaire, de l'application du suivi et de l'évaluation des activités programmées.

**Article 5 :** le service d'épidémiologie et de médecine est organisé en unités :

unité de la programmation de l'organisation et de l'évaluation des actions de prévention et des soins de santé de base.

Unité de la surveillance et du contrôle épidémiologique.

Unité de traitement de l'information.

Unité de laboratoire.

**Article 6 :** les normes en matière de moyens humains, locaux et équipement des services seront fixées par instructions techniques du Ministère de la santé publique.

**Article 7 :** le service d'épidémiologie et de médecine préventive peut être chargé d'assurer des activités de formation médicale graduée, post-graduée et de recherche. Dans ce cas, il est érigé au service universitaire conformément aux dispositions du décret n° 85-176 du 25 juin 1985 susvisé.

**Article 8 :** Messieurs les Walis, les directeurs centraux du ministère de la santé publique et les directeurs des secteurs sanitaires sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté.

LE MINISTRE DE LA SANTE  
**Djamel Eddine HOUHOU**

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
SECRETARIAT GENERAL.

**INSTRUCTION N° 254/MSP/SG DU 11 OCTOBRE 1987 RELATIVE AUX NORMES EN MATIERE DE MOYENS HUMAINS DE  
LOCAUX ET D'EQUIPEMENT DES SERVICES D'EPIDEMIOLOGIE ET DE MEDECINE PREVENTIVE.**

**REFERENCE** : Arrêté n° 115/MSP/CAP du 4 Novembre 1985, portant création et organisation des services d'Epidémiologie et de médecine préventive au sein des secteurs sanitaires.

En application du programme d'action du Ministère de la santé publique, adopté par le gouvernement en Mai 1984, et de l'arrêté cité en référence, Messieurs les Walis, Divisions de la santé et de la population (service de la santé) sont tenus de prendre toutes mesures nécessaires pour la mise en place des services d'épidémiologie et de Médecine Préventive au sein des secteurs sanitaires.

Compte tenu des disponibilités au niveau des secteurs sanitaires et du rôle d'organisation d'animation et d'évaluation des services d'épidémiologie et de médecine préventive dans la protection et la promotion de la santé de la population, la création de ces services implique :  
la récupération immédiate des moyens humains et matériels des services de prévention, ainsi que le personnel technique en fonction dans les départements des services sanitaires.

L'utilisation des moyens humains et matériels des unités sanitaires de base pour la réalisation des programmes de santé publique.

Le développement des activités du contrôle épidémiologique et de l'hygiène du milieu au sein des laboratoires des secteurs sanitaires.

Les moyens humains et matériels des services d'épidémiologie et de médecine préventive doivent tendre à atteindre des normes définies ci-après.

**MOYENS HUMAINS**

**Personnel Médical**

Le service doit être dirigé par un médecin spécialiste en épidémiologie et médecine préventive ou à défaut par un médecin généraliste, assisté par :

un médecin par tranche de population de 100.000 Habitants

un médecin ou pharmacien –biologiste.

**1.2. Personnel Paramédical**

un à trois techniciens supérieurs en biométrie-épidémiologie

un à deux techniciens supérieurs en assainissement-entomologie

deux à quatre techniciens supérieurs en laboratoire

deux à quatre techniciens supérieurs en secrétariat médical

une technicienne supérieure en soins en obstétrique.

**Personnel Administratif**

un Administrateur, ou à défaut, un attaché ou secrétaire d'Administration

un statisticien, ou un technicien supérieur en statistique

un à trois agents dactylographes.

**Personnel de service**

deux à trois chauffeurs

deux à trois agents de services

**MOYENS MATERIELS**

Quatre à huit locaux abritant les personnels de trois unités du service d'épidémiologie et de médecine préventive, la quatrième étant l'unité de laboratoire.

Une salle d'archives

Un appareil de reprographie, et éventuellement, un ordinateur pour les secteurs sanitaires universitaires.

Un local pour le stockage des produits et des imprimés spécifiques aux programmes d'action de santé publique.

Un laboratoire d'hygiène équipé pour les activités suivantes :

contrôle de l'eau et des aliments

dépistage du paludisme, de la tuberculose et des maladies à transmission hydrique

une chambre froide pour la conservation des vaccins

un véhicule de liaison

un à deux véhicules type combi

un à deux véhicules tout terrain

Pour les secteurs sanitaires des régions du sud ou à relief accidenté

un véhicule de liaison

un véhicule type combi

deux véhicules tout terrain.

P/LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
LE SECRETAIRE GENERAL  
**SIGNE : D.BAGHLI**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA PREVENTION

**INSTRUCTION N° 144 DU 06 MARS 1996**

**DESTINATAIRES :**

- MRS LES DSPS
- MRS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES
- MEDECINS CHEFS DES SEMEP

**OBJET :** **Renforcement des services d'épidémiologie et de prévention**

Lors de l'ouverture du 4<sup>ème</sup> séminaire régional de relance des programmes nationaux de prévention, le 17/04/95, Monsieur le Ministre a promis des mesures rapides de valorisation et de renforcement des activités de prévention.

L'arrêté N° 3 MSP/CAB du 27 mai 1995 a déjà attribué un poste supérieur de coordinateur au médecin chef du SEMEP, comme au médecin chef du service de médecine du travail, qu'il soit spécialiste ou généraliste par ailleurs, le Ministère continue la formation des personnels concernés, mais il reste à prendre au niveau de chaque wilaya et de chaque secteur sanitaire, plusieurs autres mesures de renforcement concernant les personnels, les ressources budgétaires, les moyens matériels et les activités des services d'épidémiologie et de prévention .

**I- PERSONNELS :**

**1-1 AU NIVEAU DE LA D.S.P.S.**

un médecin épidémiologique ou, à défaut, généraliste, doit être désigné si ce n'est déjà fait comme responsable de l'épidémiologie et de la prévention, Il devra rendre compte au directeur de la santé de la wilaya, de son activité .Même s'il n'est pas le supérieur hiérarchique de ses confrères, Il sera le responsables technique, l'animateur, le coordinateur, des personnels affectés à la surveillance épidémiologique et à la gestion des programmes de prévention, au niveau de la DSPS et dans des SEMEP des secteurs sanitaires.

Ce médecin responsable doit donc recevoir du DSPS toutes les directives du ministère, orientations, documentations concernant les activités d'épidémiologie et de prévention ainsi que les statistiques évaluations et correspondances des SEMEP, les secteurs sanitaires .Dans l'autre sens, il doit soumettre au DSPS les directives, orientations et documentations qu'il aura à adresser aux SEMEP des secteurs sanitaires

**1-2- AU NIVEAU DE CHAQUE SECTEUR SANITAIRE**

Le SEMEP dépend administrativement, comme tous les services hospitaliers et extra-hospitaliers, de la direction des services sanitaires du secteur sanitaire, Cependant, ceci ne doit limiter en rien la responsabilité du médecin-chef du SEMEP. Celui-ci doit donc recevoir toutes les directives, les orientations et la documentation émanant de la DSPS, de l'INSP ou du MSP et concernant les activités d'épidémiologie et de prévention. Il doit aussi pouvoir faire parvenir à la DSPS et médecin responsable de l'épidémiologie et de la prévention, à la direction de la prévention du ministère de la santé et de la population et à l'institut national de la santé publique, toutes les statistiques évaluations et correspondances relatives aux programmes et activités dont il est chargé.

Tout en informant ou en accompagnement le directeur du secteur sanitaire c'est le médecin chef du SEMEP qui doit rencontrer et travailler en collaboration avec les autres secteurs impliqués dans les programmes de prévention spécialement les collectivités locales

**1-3- AU NIVEAU DE CHAQUE SEMEP de secteur sanitaire**

Selon l'importance de la population du secteur sanitaire le médecin chef du SEMEP pourra se faire assister par un médecin coordinateur à plein temps pour la santé scolaire (ou, notamment assurer lui-même cette fonction) et par un ou plusieurs autres médecins à plein temps ou à temps partiel pour la gestion de certains programmes).

Le médecin coordinateur de santé scolaire doit rendre compte au médecin chef du SEMEP et au directeur du secteur sanitaire. Il doit collaborer avec le médecin chef du SEMEP et les médecins chefs des sous secteurs, pour programmer, animer coordonner et évaluer les activités de santé scolaire et le personnel médical et para-médical désigné (et formé progressivement) pour ces activités sur les sous secteurs de son secteur sanitaire.

Il doit donc recevoir toutes documentations, orientations concernant la santé scolaire, il doit aussi pouvoir faire parvenir aux UDS des sous secteurs toutes les directives documentations, ressources humaines et matérielles nécessaires à leurs activités.

Le médecin coordinateur de santé scolaire aura souvent à rencontrer les responsables des autres secteurs concernés par la santé scolaire éducation, collectivités locales, Associations des parents d'élèves pour ces démarches extérieures au secteur sanitaire, il est particulièrement important qu'il collabore avec le directeur du secteur sanitaire et les médecins chefs du SEMEP et des sous-secteurs.

**2- RESSOURCES BUDGETAIRES :**

Le médecin-chef du SEMEP, spécialiste ou généraliste doit assister à toutes les réunions du conseil médical et conseil de direction de son secteur sanitaire et pouvoir participer aux évaluations, délibérations et décisions concernant le budget du secteur sanitaire en particulier le titre V

**3- MOYENS MATERIELS :**

Chaque directeur de secteur sanitaire devra faire remettre en état et réaffecter au SEMEP les moyens prévus pour prévention et qui auraient pu être affectés à d'autres tâches

- 02 véhicules tout terrain, ou 01 tout terrain et 01 véhicule de liaison (et leurs chauffeurs)
- des locaux suffisants (au moins 6 pièces groupées + 01 téléphone à l'intérieur du SEMEP.
- 02 machines à écrire (et 02 agents dactylographes)
- 01 matériel de reproduction
- fax, télex, micro-ordinateur, selon les possibilités

Après cette réaffectation, chaque secteur sanitaire doit informer le DSPS du matériel encore manquant au SEMEP.

#### **4- ACTIVITES**

##### **4-1- AU NIVEAU DE CHAQUE D.S.P.S**

Il est nécessaire d'élaborer :

- un plan de dynamisation des programmes de prévention sur les secteurs sanitaires de la wilaya, en tenant compte des priorités et des possibilités locales.

Un bulletin mensuel d'information (épidémiologie activités de prévention) destiné aux secteurs sanitaires de la wilaya, aux wilayas limitrophes la direction de la prévention – ministère de la santé et de la population (DP/MSP) – et à l'institut national de la santé publique (INSP), avec récapitulation annuelle selon la circulaire N°09 MSP/DP/SDPGdu janvier 1996)

Un plan de renforcement de la santé scolaire.

- affectation et formation des médecins désignés pour ces activités.

- installation et équipement des UDS, en collaboration avec les partenaires de l'éducation nationale et des collectivités locales.

##### **4-2- AU NIVEAU DE CHAQUE SECTEUR SANITAIRE**

\* le directeur, assisté par le médecin chef du SEMEP organisera la concertation entre les services concernés par les programmes de prévention (pédiatrie et gynéco-obstétrique pour la PMI maladies infectieuses médecine interne et autres, pour les autres programmes).

\* le médecin chef du SEMEP devra évaluer l'efficacité et le coût financier de toutes les actions entreprises, il devra retourner rapidement, à la direction de la prévention, correctement remplis, les documents concernant les prévisions budgétaires annuelles (et en conserver la copie pour évaluation ultérieure).

\* les tâches de renforcement de la santé scolaire a moyen terme (formation de personnel et équipement de locaux ne doivent pas retarder l'établissement, court terme, d'un programme de dépistage et de suivi dans des structures sanitaires ou autres provisoires, si les UDS ne sont pas encore fonctionnelles).

Il est demandé à Mrs les DSPS de veiller à :

- assurer une large diffusion aux responsables concernés,

- suivre l'exécution de cette instruction,

- faire part à la direction de la prévention de toute difficulté qu'ils pourraient rencontrer.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

**SIGNE : PR .A.DIF**



**LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**ARRETE N 39/MSP/CAB DU 27 MAI 1995 MODIFIANT ET COMPLETANT**

**L'ARRETE N°115 MSP/CAB DU 24 NOVEMBRE 1985 PORTANT CREATION ET ORGANISATION DES SERVICES DU  
D'EPIDEMIOLOGIE AU SEIN DES SECTEURS SANITAIRES**

Vu la loi n 85.05 du 16 Février 1985 relative a la Protection et à la promotion de la santé notamment ses articles 26 et 27.

Vu le décret exécutif n 90-124 du 30 avril 1990 fixant les attributions du Ministre de la Santé.

Vu le décret exécutif n 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique modifié et complété ;

Vu l'Arrêté n 115 MSP/CAB du 04 Novembre 1985 portant création et organisation des services d'épidémiologie et de Médecine préventive au sein des secteurs sanitaires.

**ARRETE :**

**Article 1<sup>er</sup> :** L'article 2 de l'arrêté n 115 MSP/CAB du 04 Novembre 1985 sus-visé est modifié et complété comme suit :

Le service d'épidémiologie et de médecine préventive est dirigé par un médecin spécialiste en épidémiologie et médecine préventive qui peut être nommé comme praticien spécialiste chef de service ou chef d'unité conformément aux dispositions des articles 66 et 67 du décret exécutif n 93 du 05 Octobre 1993 modifiant et complétant le décret exécutif n 91-106 du 27 Avril 1991 sus-visé. A défaut de spécialiste le service d'épidémiologie et de médecine préventive est dirigé par un médecin généraliste qui peut être nommé comme médecin coordinateur conformément aux dispositions de l'article 47 du décret exécutif n 91.107 du 27 Avril 1991 sus-visé.

**Article 2 :** Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du Ministère de la santé et de la Population.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

**LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**ARRETE N 38 DU 27 MAI 1995 MODIFIANT ET COMPLETANT L'ARRETE**

**N°399 DU 25 NOVEMBRE 1984 PORTANT CREATION ET ORGANISATION DES SERVICES DU MEDECINE DU TRAVAIL AU SEIN  
DES SECTEURS SANITAIRES**

Vu la loi n 85.05 du 16 Février 1985 relative a la protection et à la promotion de la santé notamment ses articles 26 et 27 ;  
Vu Le décret exécutif n 90-124 du 30 avril 1990 fixant les attributions du Ministre de la Santé ;  
Vu Le décret exécutif n 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique modifié et complété ;  
Vu l'arrêté n° 399 du 25 Novembre 1984 portant création et organisation des services médecine du travail au sein des Secteurs Sanitaires.

**ARRETE :**

**Article 1er :** L'article 2 de l'arrêté n° 399 du 25 Novembre 1984 est modifié et complété comme suit :

Le service de médecine du travail est dirigé par un médecin spécialiste en médecine du travail qui peut être nommé comme praticien spécialiste chef de service ou chef d'unité conformément aux dispositions des articles 66 et 67 du décret exécutif n° 93-228 du 05 octobre 1993 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-106 du 27 Avril 1991 sus-visé.

A défaut de spécialiste en médecine du travail le service médecine du travail est dirigé par un médecin généraliste qui peut être nommé comme médecin coordinateur conformément aux dispositions de l'article 47 du décret exécutif n 91-107 du 27 avril 1992 sus-visé.

**Article 2 :** Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du ministère de la santé et de la population.

Le Ministre de la Santé et de la population

**Yahia GUIDOUM**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION DES STRUCTURES DE SANTE

**CIRCULAIRE N° 280 DU 03/04/1990**

MMRS LES WALIS

« POUR INFORMATION »

MMRS LES CHEFS DE LA DIVISION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

(SERVICE DE LA SANTE)

« POUR ATTRIBUTION »

MMRS LES DIRECTEURS GENERAUX DE C.H.U

« POUR ATTRIBUTION »

**OBJET : Application de la réglementation en matière de changement d'affectation, d'extension, de création ou de fermeture de structures sanitaires.**

**REFERER** : - Loi n°85-05 du 15-02-1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

- Décret n° 81-242 et 81-243 du 05/10/1981 portant création et organisation des établissements de la santé.

- Circulaire n° 236/DGSS/DSH du 21 Mars 1982

Mon attention a été appelée sur les changements de destinataires de destination ou d'affectation de certaines structures sanitaires.

Ces modifications vont parfois jusqu'à la réaffectation de ces structures à d'autres fins que celles pour lesquelles elles ont été créées réglementairement, sans en informer l'autorité hiérarchique compétente en la matière.

Je suis donc amené à vous rappeler les dispositions de l'article 17 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 qui stipule que : « la création, l'extension, le changement d'affectation et la fermeture temporaire ou définitive, de toute structure sanitaire ou à vocation sanitaire est soumise à l'autorisation préalable du Ministère chargé de la Santé »

Par ailleurs la circulaire N° 236/DGSS/DSH du 21 Mars 1982, prise en application des décrets N° 81-242 et 81-243 du 5 Septembre 1981, avait défini une procédure à mettre en œuvre en la matière.

Cette manière de faire, outre qu'elle entraîne une diminution des capacités en matière de soins, est contraire à la réglementation en vigueur et risque d'aboutir à une gestion anarchique du patrimoine sanitaire et à une mauvaise application sur le terrain du programme d'action du Ministère de la Santé.

LE DIRECTEUR DES STRUCTURES DE SANTE

Pr : **BOUZID A**

Le ministre des finances,  
Le ministre de la santé et de la population et  
Le ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement chargé de la réforme administrative et de la fonction publique.  
Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991 portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaire, modifiée par le décret exécutif n° 94-376 du 10 Joumada Ethania 1415 correspondant au 14 novembre 1994 ;  
Vu le décret exécutif n° 97-465 du Châabane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création , d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés, notamment son article 8 ;  
Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires, notamment son article 4 ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** En application des dispositions des articles 8 et 4, respectivement, des décrets exécutifs n° 97-465 et 97-466 du 2 Châabane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 susvisée, le présent arrêté a pour objet de classer les secteurs sanitaires et les établissements hospitaliers spécialisés sur la base des critères fixés en annexe du présent arrêté.

**Article 2** Les secteurs sanitaires et les établissements hospitaliers spécialisés sont classés en catégories « A.B.C » conformément à l'annexe II du présent arrêté ;

**Article 3** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire

Fait à Alger, le 26 joumada El Oula 1419 correspondant au 17 septembre 1998

le ministre de la santé  
et de la population  
**Yahia Guidoum**

P. le ministre des finances  
le ministre délégué auprès du ministre des  
finances chargé du budget  
**Ali BRAHITI**

Le ministre délégué chargé auprès du chef  
du gouvernement  
Chargé de la réforme administrative  
et de la fonction publique

**Ahmed NOUI**

## ANNEXE I

CRITERES DE CLASSEMENT DES SECTEURS SANITAIRES  
ET ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES**Secteurs sanitaires**

CRITERES	NOMBRE DE POINTS
Population:	
90 000 – 100 000.....	2
100 000 – 140 000.....	3
140 000 – 170 000.....	4
170 000 – 220 000.....	5
220 000 – 290 000.....	6
290 000 – 370 000.....	7
Nombres de communes :	
* 0 -7.....	1
* 7 - 10.....	2
* 10 - 22.....	3
Nombre de lits :	
0 – 120 .....	4
120 – 180.....	7
180 – 240.....	9
240 – 300.....	11
300 – 700.....	13
Structures extra hospitalières :	
polyclinique et maternité.....	4
polyclinique sans maternité.....	3
Centre de santé et maternité.....	3
Centre de santé sans maternité.....	1
Salle de soins .....	0,25
Maternité autonome.....	2
Chef lieu de wilaya :.....	10

En fonction du nombre de points obtenu, les secteurs sanitaires sont classés comme suit :

- supérieur à 0 et inférieur à 35 points à la catégorie « C »
- égal ou supérieur à 35 et inférieur à 55 points à la catégorie « B »
- 55 points et plus à la catégorie « A »

**Établissements hospitaliers spécialisés**

CRITERES	NOMBRE DE POINTS
Nombre de lits :	
0 – 120 .....	4
120 – 200 .....	8
200 – 300 .....	11
300 – 600 .....	13
Caractère :	
National.....	10
Régional.....	5
Caractère :	
Universitaire.....	5
Non universitaire .....	2
Nombre de services :	
1- 4 .....	5
4 – 6.....	8
6 – 15.....	11

En fonction du nombre de points obtenu, les établissements hospitaliers spécialisés sont classés comme suit :

- égal ou inférieur à 24 points à la catégorie « C »
- supérieur à 24 et inférieur à 28 points à la catégorie « B »
- 28 points et plus à la catégorie « A »

**ANNEXE II**  
**CLASSEMENT DES SECTEURS SANITAIRES ET DES ETABLISSEMENTS**  
**HOSPITALIERS SPECIALISES**

Classement des secteurs sanitaires

**LISTE DES SECTEURS SANITAIRES CLASSES EN CATEGORIE « A »**

WILAYAS	SECTEURS SANITAIRES
Gouvernement du Grand-Alger	Kouba Bologhine Douéra El-harrach Rouiba Bistraria Sisi M'Hamed
Boumerdès	Boumerdès Thenia
Béjaia	Akbou Béjaia
Bordj Bou Arréridj	Bordj Bou Arréridj
Constantine	Constantine
Guelma	Guelma
Skikda	Skikda
Sétif	Sétif El Eulma Bougaâ
Batna	Batna
M'Sila	M'Sila
Tébessa	Tébessa
Souk Ahras	Souk Ahras
Relizane	Relizane
Tiaret	Tiaret
Chlef	Chlef
Saida	Saida
Béchar	Béchar
Laghouat	Laghouat
El Oued	El Oued
Biskra	Biskra
Bouira	Bouira
Tipaza	Tipaza
Médéa	Médéa
Mostaganem	Mostaganem

**LISTE DES SECTEURS SANITAIRES CLASSES EN CATEGORIES « B »**

WILAYAS	SECTEURS SANITAIRES
Gouvernement du Grand –Alger	Ain Taya Zéralda
Tizi Ouzou	Tizi Ouzou Ain El Hammam Azazga Draâ El Mizan
Blida	Blida Larbaâ Boufarik
Naâma	Naâma
Djelfa	Djelfa Messad
Béjaia	Sidi Aich Amizour
Bourdj Bou Arréridj	Ras El Oued
Ain Defla	Ain Defla El Attaf
Constantine	El Khroub
Jijel	Jijel El Milia
Skikda	El Harrouch Azzaba
Annaba	Annaba
Batna	N'Gaous Merouana Arris
Sétif	Ain Oulméne Ain El Kebira
M'Sila	Sidi Aissa Boussaâda
Souk Ahras	Sedrata
Ghardaia	Ghardaia
Oum El Bouagui	Oum El Bouagui Ain El Beida
Mila	Mila Ferdjious Chelghoum Laid
Khenchela	Khenchela
Oran	Oran Est Oran Ouest Arzew
Sidi Bel Abbès	Sidi Bel Abbès
Tlemcen	Tlemcen Maghnia
Relizane	Oued R'Hiou
Mascara	Mascara Tighenif
Ain Temouchent	Ain Temouchent
Tissemsilt	Tissemsilt
Tiaret	Frenda
Mostaganem	Sidi Ali Ain Tadles
Chlef	Ouled Farès Boukadir
Adrar	Adrar Timimoun Reggane
Ouargla	Ouargla Touggourt
Tamenghasset	Tamenghasset
Laghouat	Aflou
Tipaza	Cherchell Koléa
El Bayadh	El Bayadh



**LISTE DES SECTEURS SANITAIRES CLASSES EN CATEGORIES « C »**

WILAYA	SECTEURS SANITAIRES
Chlef	Tenés
Oum El Bouaghi	Meskiana Ain M'Lila Ain Fekroun
Batna	Barika Ain Touta
Bejaia	Kherrata
Biskra	Sidi Okba Tolga Oueld Djellal
Béchar	Abadla Béni Abbès
Blida	El Affroun
Bouira	Mechdallah Lakhdaria Ain Bessam Sour E Ghozlane
Tamenghasset	Ain Salah
Tébessa	Bir El Ater El Aouinet Chéria El Ouanza
Tlemcen	Ouled Mimoun Remchi Sebdou Ghazaouet
Tiaret	Ksar Chelala Mehdia Sougueur
Tizi Ouzou	Larbaâ Nath Iraten Azeffoun Boghni Tigzart
Gouvernement du Grand Alger	Baraki
Djelfa	Ain Oussara Hassi Bahbah
Jijel	Taher
Saida	El Hassasna
Skikda	Tamalou Collo
Sidi Bel-Abbés	Ben Badis Telagh Sfisef
Annaba	Bouchegouf Ain Larbi Oued Zenati
Constantine	Zighout Youcef
Médéa	Ain Boucif Tablat Béni Slimane Berrouaguia Ksar El Boukhari
M'sila	Ain El Melh
Mascara	Sig Mohammadia Ghriss
Ouargla	Hassi Messaoud El Hadjira
Oran	Ain Turk Senia
El Bayadh	Labioud Sidi Cheikh
Illizi	Illizi Djanet
Bourdj Bou Arreridj	Médjana
Boumerdès	Bordj Ménaïel Dellys
El Taref	El Taref El Kala Dréan Bouhadjar
Tindouf	Tindouf
Tissemsilt	Theniet El Had Bourdj Bounaâma
El oued	El Meghaier
Khenchela	Kais Cherchar
Tipaza	Gouraya

Ain Defla	Miliana Khemis Meliana
Naâma	Ain Sefra
Ain Témouchent	Hammam Bouhadjar Beni Saf
Ghardaia	Metlili El Menéa Guerrara
Relizane	Mazouna

**b) Classement des établissements hospitaliers spécialisés en catégories « A.B.C »**

SPECIALITE	DENOMINATION	LOCALISATION	CLAS
Urologie-néphrologie	Clinique Daksi	Constantine	B
Médecine du sport et cardio-vasculaire	Hôpital des maladies cardio-vasculaire et médecine du sport « Dr Maouche Med Amokrane »	Ben Aknoun Alger	A
Pédiatrie	Hôpital pour enfants Canastel	Canastel Oran	A
Cardiologie et chirurgie Cardiaque	Clinique El-Riadh Clinique AbderrahmaneMohamed	Constantine Bir-Mourad Rais Alger	B B
Gynéco-obstétrique et pédiatrie	Hôpital El Bouni	El Bouni Annaba	B
Urgences médico-chirurgicales	Hôpital des urgences médico-chirurgicales Salim Z'Mirli	El Harrach Alger	A
Brûlés et chirurgie réparatrice	Clinique centrale des Brûlés	Alger Centre	B
Appareil locomoteur	Hôpital de Ben Aknoun	Ben Aknoun Alger	A
Psychiatrie	Hôpital psychiatrique	Tiaret	B
	Hôpital psychiatrique Fernane Hanafi	Oued Aissi Tizi-Ouzou	B
	Hôpital psychiatrique Drid Hocine	Alger	A
	Hôpital psychiatrique	Ain Abassa Sétif	C
	Hôpital psychiatrique	El-Harrouch Skikda	C
	Hôpital psychiatrique Er-Razi	Annaba	B
	Hôpital psychiatrique	Oued Athmania Mila	B
	Hôpital psychiatrique Mahfoud Boucebsi	Chéraga Alger	B
Neuro-chirurgie	Hôpital psychiatrique Sidi Chami	Oran	B
	Hôpital psychiatrique Djebel Ouach	Constantine	C
Maladies infectieuses	Hôpital neuro-chirurgical Ali Ait Idir	Alger	A
Cancérologie	Hôpital docteur El-Hadi Flici	Oued Koriche Alger	A
	Centre Pière et Marie Curie	Alger	A
	Centre anti-cancéreux	Blida	A
Rééducation fonctionnelle	Centre anti-cancéreux pédiatrique Emir Abdelkader	Misserghin Oran	C
	Hôpital de rééducation réadaptation fonctionnelle	Bouhanifia Mascara	C
	Hôpital de rééducation réadaptation fonctionnelle	Tixeraine Alger	A
	Hôpital de rééducation réadaptation fonctionnelle	Azur Plage Staouali Alger	B
	Hôpital de rééducation réadaptation fonctionnelle	Seraïdi Annaba	C
Ophtalmologie	Hôpital de rééducation réadaptation fonctionnelle	Rais El Ma Sétif	C
	Clinique d'Ophtalmologie d'Oran	Oran	C
Gynéco-obstétrique, pédiatrie et chirurgie pédiatrique	Etablissement hospitalier spécialisé Sidi Mabrouk	Sidi Mabrouk Constantine	B

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique;

Vu le décret présidentiel n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au 24 juin 1997 portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 91-311 du 7 septembre 1991 relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics;

Vu le décret exécutif n° 97-261 du 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juin 1997 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des directions de la santé et de la population de wilaya;

Vu le décret exécutif n° 97-268 du 16 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 4 juillet 1997 fixant les procédures relatives à l'engagement et à l'exécution des dépenses publiques et délimitant les attributions et les responsabilités des ordonnateurs;

Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires;

Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires;

Vu le décret exécutif n° 98-412 du 17 Chaâbane 1419 correspondant au 7 décembre 1998 fixant les modalités d'affectation des revenus de travaux et prestations effectués par les établissements publics en sus de leur mission principale;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet la création d'un service d'aide médicale urgente, dénommé par abréviation "SAMU", auprès des centres hospitalo-universitaires dont la liste est jointe en annexe du présent décret.

Il peut être créé auprès des secteurs sanitaires, dans les mêmes formes, un service d'aide médicale urgente.

La modification de la liste prévue en annexe intervient dans les mêmes conditions.

**Article 2 :** Le SAMU a pour mission d'assurer la médecine d'urgence extra-hospitalière.

Dans ce cadre, le SAMU a notamment pour tâches :

- de déterminer et de déclencher, dans un délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels de détresse ;
- d'assurer une écoute médicale permanente et de prodiguer des conseils et des orientations d'urgence ;
- de fournir tout renseignement utile, notamment sur les lits d'hospitalisation disponibles et les programmes des services de garde des professions médicales ;
- de faciliter et de préparer l'admission des malades dans les établissements sanitaires publics ou privés, de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés à leur état, compte tenu du respect de leur libre choix et de faire préparer leur accueil ;
- de participer à la mise en oeuvre du plan ORSEC ;
- de participer aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche concernant son objet ;
- de participer à l'enseignement et à la formation des secouristes et des professionnels de la santé et du transport sanitaire.

**Article 3 :** Le SAMU est dirigé par un chef de service, désigné parmi les corps de médecins.

Il est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition du directeur général du centre hospitalo-universitaire (CHU) ou du directeur du secteur sanitaire.

Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

**Article 4 :** L'organisation interne SAMU est fixée par arrêté interministériel pris conjointement par le ministre chargé de la santé, le ministre chargé des finances et l'autorité chargée de la réforme administrative et de la fonction publique.

**Article 5 :** Le chef de service du SAMU est chargé d'assurer la gestion des moyens humains matériels et financiers affectés au SAMU par le CHU ou le secteur sanitaire et prendre toute mesure concourant à l'organisation et au bon fonctionnement des structures relevant de son autorité.

**Article 6 :** Le chef de service du SAMU est ordonnateur secondaire des crédits de fonctionnement qui lui sont délégués par le directeur général du CHU ou du directeur du secteur sanitaire.

**Article 7 :** Le SAMU est doté d'un agent comptable qui agit, conformément à la réglementation en vigueur.

#### **LE CONSEIL MEDICAL**

**Article 8 :** Le conseil médical donne son avis et fait des propositions sur toutes questions de nature médicale, scientifique et technique en rapport avec les missions du SAMU.

**Article 9 :** Dans le cadre des missions qui lui sont dévolues, le conseil médical fait des recommandations sur la stratégie de prise en charge des urgences extra-hospitalières.

**Article 10 :** Le conseil médical comprend :

- le chef de service du SAMU, président;
- les chefs des structures techniques du SAMU;
- trois (3) médecins du SAMU, désignés par le chef de service du SAMU.

**Article 11 :** Les membres du conseil médical sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition du chef de service du SAMU pour une période de trois (3) années renouvelable.

**Article 12 :** Le conseil médical peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses tâches.

**Article 13 :** Le conseil médical se réunit, au moins tous les deux (2) mois en session ordinaire, sur convocation de son président.

Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande soit du président, soit des deux tiers (2/3) de ses membres.

**Article 14 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998.

**Ahmed OUYAHIA.**

## LISTE ANNEXEE

GOUVERNORAT/WILAYA	S.A.M.U	SIEGES
Alger	Alger-Centre	C.H.U Alger-Centre (hôpital Mustapha)
Blida	Blida	C.H.U de Blida (hôpital Ben-Boulaïd)
Oran	Oran	C.H.U d'Oran (hôpital d'Oran)
Constantine	Constantine	C.H.U de Constantine (hôpital Ibn Badis)
Annaba	Annaba	C.H.U d'Annaba (hôpital Ibn-Rochd)

# **Economat et Finances**

Le Président de la République

Sur le rapport du ministre des finances.

Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1<sup>er</sup>)

Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure civile.

Vu l'ordonnance n°67-90 du 17 juin 1967, modifiée et complétée, portant code des marchés publics.

Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée portant code civil.

Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce.

Vu la loi d'orientation n°88-01 du 12 janvier 1988, modifiée, portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques.

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990, relative à la commune;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990, relative à la Wilaya;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990, modifiée et complétée, relative à la comptabilité publique.

Vu la loi n°90\*11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée relative aux relations de travail;

Vu la loi n° 90-22 du 18 août 1990, modifiée et complétée relative au registre du commerce;

Vu la loi n° 95-06 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995, relative à la concurrence, notamment ses articles 7 et 12;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995, relative à la cour des comptes;

Vu l'ordonnance n° 96-31 du 19 Chaâbane 1417 correspondant au 30 décembre 1996, portant loi de finances pour 1997, notamment son article 62;

Vu la loi n° 98-11 du 29 Rabie El Aouel 1419 correspondant au 22 août 1998, portant loi d'orientation et de programme à projection quinquennale sur la recherche scientifique et de développement technologique 1998-2002;

Vu la loi n° 99-05 du 18 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 4 avril 1999 portant loi d'orientation sur la recherche scientifique;

Vu le décret n° 84-116 du 12 mai 1984, portant création du bulletin officiel des marchés de l'opérateur public.

Vu le décret présidentiel n° 02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement.

Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie Ethani 1423 correspondant au 14 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement.

Vu le décret n°91-434 du 9 novembre 1991, modifié et complété, portant réglementation des marchés publics.

Vu le décret exécutif n° 92-414 du 14 novembre 1992 relatif au contrôle préalable des dépenses engagés.

Vu le décret n° 93-46 du 6 février 1993, fixant les délais de paiement des dépenses de recouvrement des ordres de recettes et des états exécutoires et la procédure d'admission en non-valeur.

Vu le décret n°exécutif n° 03-289 du 14 joumada Ethani 1414 correspondant au 28 novembre 1993 portant obligation pour toutes les entreprises intervenant dans le cadre de la réalisation des marchés publics du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique d'être titulaires du certificat de qualification et de classification professionnelle.

Vu le décret exécutif n°95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 fixant les attributions du ministre des finances.

Vu le décret exécutif n°95-54 du 24 Chaoual 1418 correspondant au 21 février 1998 portant création, organisation et fonctionnement de la caisse de garantie des marchés publics.

**Décète :**

## TITRE I DISPOSITIONS PRELIMINAIRES

**Article 1<sup>er</sup>** : La mise en œuvre de la politique d'élaboration de passation et d'exécution des marchés passés par les services contractants d'effectue conformément aux lois et règlements en vigueur et aux dispositions du présent décret.

**Article 2** : Les dispositions du présent décret sont applicables exclusivement aux marchés, objet des dépenses des administrations publiques, des institutions nationales autonomes, des Wilayas, des Communes, des établissements publics à caractère administratif, ainsi que des centres de recherche et de développement, des établissements publics spécifiques à caractère scientifique et technologique, des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel et des établissements publics à caractère industriel et commercial, lorsque ceux-ci sont chargés de la réalisation, sur concours définitifs du budget et de l'Etat de projets d'investissements publics, ci-dessous désignés par " service contractant"

**Article 3** : Les marchés publics sont des contrats écrits au sens de la législation en vigueur, passés dans les conditions prévues dans le décret en vue de la réalisation pour le compte du service contractant, de travaux d'acquisition de fournitures, de services et d'études.

**Article 4** : Les marchés d'importation de produits et services qui, en raison de leur nature, des fluctuations rapides de leur prix et de leur disponibilité, ainsi que des pratiques commerciales qui leur sont applicables, nécessitent une promptitude de décision du service contractant, sont dispensés de certaines dispositions au mode de passation.

En tout état de cause, un marché de régularisation est toutefois établi un délai de trois (3) mois à compter du commencement d'exécution et soumis à l'organe compétent de contrôle externe.

**Article 5** : Tout contrat ou commande dont le montant est inférieur ou égal à quatre millions de dinars (4.000.000 DA) ne donne pas lieu obligatoirement à la passation de marché du présent décret.

Les montants ci-dessus sont exprimés en toute taxe.

Toutefois, si au cours d'un même exercice budgétaire, le service contractant est contraint de passer plusieurs commandes portant sur des prestations de même partenaire, et que le montant cité ci-dessus est dépassé, il est passé dès lors un marché dans lequel sont intégrés les commandes antérieurement exécutées, qui sera soumis à l'organe compétent de contrôle externe des marchés.

**Article 6** : Les marchés publics sont conclus avant tout commencement d'exécution des prestations. En cas de péril menaçant un investissement, un bien du service contractant, ou l'ordre public, le ministre ou le wali concerné, peut par décision motivée, autoriser le commencement d'exécution des prestations avant conclusion du marché.

Une copie de cette autorisation est transmise au ministre chargé des finances.

En tout état de cause, un marché de régularisation est établi dans un délai de trois (3) mois à compter du commencement d'exécution, lorsque l'opération dépasse quatre millions (4.000.000 DA) et soumis à l'organe compétent de contrôle externe des marchés.

**Article 7** : Les marchés ne sont valables et définitifs qu'après leur approbation par l'autorité compétente, à savoir :

- le ministre pour les marchés de l'Etat;
- le responsable de l'institution autonome nationale;
- le wali pour ceux des wilayas;
- le président de l'assemblée populaire communale pour ceux des communes;
- Le directeur général ou le directeur pour les établissements publics à caractère administratif, nationaux et locaux.;
- -le directeur général ou le directeur de l'établissement public à caractère industriel et commercial.
- le directeur du centre de recherche et de développement;
- le directeur de l'établissement public spécifique à caractère scientifique et technologique;
- le directeur de l'établissement public à caractère scientifique, culturel professionnel;

Chacune de ces autorités peut déléguer ses pouvoirs en la matière à des responsables chargés en tout état de cause de la préparation et de l'exécution des marchés, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

**Article 8 :** Sans préjudice de l'application des sanctions prévues par la législation en vigueur, la non exécution dans les délais prévus ou l'exécution non conforme des obligations contractuelles, peut entraîner l'application de pénalités financières.

Les dispositions contractuelles du marché précisent le taux des pénalités ainsi que leurs modalités d'application ou d'exemption conformément aux cahiers des charges visés ci-dessous, qui sont des éléments constitutifs des marchés publics.

**Article 9 :** Les cahiers des charges actualisés périodiquement, précisent les conditions dans lesquelles les marchés sont passés et exécutés. Ils comprennent notamment :

- 1- les cahiers des clauses administratives générales applicables aux marchés de travaux, de fournitures, d'études et de services, approuvés par arrêté interministériel.
- 2- les cahiers des prescriptions communes, qui fixent les dispositions techniques applicables à tous les marchés portant sur une même nature de travaux, de fournitures d'études ou de services et approuvés par arrêté du ministre concerné.
- 3- les cahiers des prescriptions spéciales qui fixent les clauses propres à chaque marché.

## TITRE II DES MARCHES ET DES PARTENAIRES COCONTRACTANTS Section 1 Des marchés

**Article 10 :** En vue de la réalisation d'un objectif déterminé de fonctionnement, ou d'investissement le service contractant peut passer un ou plusieurs marchés.

**Article 11 :** Les marchés publics portent sur une ou plusieurs des opérations suivantes:

- l'acquisition de fournitures;
- la réalisation de travaux;
- la prestation de services;
- la réalisation d'études;

le marché ayant pour objet l'acquisition de fournitures, peut porter sur des biens d'équipements ou d'installations complètes de production d'occasion dont la durée de fonctionnement est garantie ou rénové sous garantis. Les modalités d'application des dispositions du présent alinéa, seront précisées, e, tant que de besoins, par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 12 :** La réalisation de l'objectif visé à l'article 10 ci-dessus peut s'effectuer sous forme de lot unique ou de lots séparés. Le lot unique est attribué à un partenaire contractant unique, tel que défini à l'article 17 du présent décret.

Le fractionnement de l'opération en lots séparés ne peut être autorisé que conformément au cahier des charges de l'appel d'offres et à la structure de l'autorisation de programmes.

**Article 13 :** Conformément à la réglementation en vigueur, le service contractant a également la possibilité de recourir, selon le cas, à la passation de contrats programme ou de marché à commandes totales ou partielles.

**Article 14 :** Le contrat programme revêt la forme d'une convention annuelle ou pluriannuelle de référence dont l'exécution se réalise à travers des marchés d'application conclue conformément aux dispositions du présent décret.

La convention définit la nature et l'importance des prestations à réaliser, la localisation et le coût estimatif du programme et l'échéancier de réalisation.

Le contrat programme est conclu avec des partenaires publics nationaux, ou avec des partenaires privés nationaux, dûment qualifiés et classifiés, ainsi qu'avec les entreprises étrangères installées en Algérie conformément à la législation en vigueur. Il peut être également conclu avec des partenaires étrangers bénéficiant de garanties techniques et financières.

**Article 15 :** Le marché à commandes porte sur l'acquisition de fournitures ou de services de type courant et à caractère répétitif.

Le marché à commandes porte sur une durée d'une année renouvelable sans que la durée puisse excéder cinq (5) ans et doit comporter l'indication en quantité et/ou en valeur des limites minimales et maximales des fournitures et /ou services objets du marché.

Le marché à commandes détermine soit le prix, soit le mécanisme ou les modalités de fixation du prix applicable aux livraisons successives.

L'exécution du marché à commandes intervient par la simple notification de commandes partielles qui fixent les modalités de livraison.

## Section 2 Des partenaires cocontractants

**Article 16 :** Le partenaire cocontractant peut être une ou plusieurs personne (s) physique (s) ou morale (s) s'engageant au titre du marché soit individuellement, soit conjointement et solidairement.

**Article 17 :** Pour la réalisation de ses objectifs, le service contractant peut recourir, en vue de l'exécution de ses prestations, à la passation de marchés conclu avec les partenaires nationaux et les entreprises étrangères installées en Algérie et de marchés conclu avec les partenaires étrangers.

**Article 18 :** Les partenaires étrangers sont, au sens du présent décret, les entreprises étrangères non installées en Algérie offrant des garanties de nature gouvernementale telles que prévues à l'article 83 ci-dessus et des garanties de bonne exécution.

**Article 19 :** Une marge de préférence, d'un taux maximum de 15% est accordée au produit d'origine algérienne pour tous les types de marchés visés à l'article 11 ci-dessus.

Le dossier d'appel d'offres indique clairement la préférence accordée et la méthode d'évaluation et de comparaison des offres qui sera suivie pour appliquer la dite préférence.

Les modalités d'application des dispositions et cet article seront précisées par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre chargé du commerce.

## TITRE III LES PROCEDURES DE SELECTION COCONTRACTANT Section 1

### Des modes de passation des marchés publics

**Article 20 :** Les marchés publics sont passés selon la procédure d'appel d'offres qui constitue la règle générale ou la procédure de gré à gré.

**Article 21 :** L'appel d'offres est la procédure visant à obtenir les offres de plusieurs soumissionnaires entrant en concurrence et à attribuer le marché au soumissionnaire présentant les offres jugées les plus favorables.

**Article 22 :** Le gré à gré est la procédure d'attribution d'un marché à partenaire cocontractant sans appel formel à la concurrence.

Le gré à gré peut revêtir la forme d'un gré à gré simple ou la forme d'un gré à gré après consultation; cette consultation est organisée par tous moyens écrits appropriés sans autre formalité.

La procédure du gré à gré simple est une règle de passation de contrat exceptionnelle, qui ne peut être retenue que dans les cas énumérés à l'article 37 du présent décret.

**Article 23 :** L'appel d'offres peut-être national et/ou international, il peut se faire sous l'une des formes suivantes:

- l'appel d'offres ouvert;
- l'appel d'offres restreint;
- la consultation sélective;



- l'adjudication
- le concours,

**Article 24 :** L'appel d'offres ouvert est la procédure selon laquelle tout candidat peut soumissionner,

**Article 25 :** L'appel d'offres restreint est la procédure selon laquelle seuls les candidats répondant à certaines conditions particulières préalablement définies par le service contractant soumissionner,

**Article 26 :** La consultation sélective est la procédure selon laquelle les candidats autorisés à soumissionner sont ceux qui sont spécifiquement invités à le faire après présélection telle que définie à l'article 32 du présent décret.

Pour la réalisation des opérations d'ingénierie complexes ou l'importance particulière et/ou d'acquisition de fournitures spécifiques à caractère répétitif, il peut être procédé à une consultation directe d'entreprises ou organismes qualifiés et inscrits sur une *short list* dressée par le service contractant sur la base d'une présélection renouvelable tous les trois (3) ans.

**Article 27 :** L'adjudication est la procédure selon laquelle le marché est attribué au soumissionnaire le moins disant. Elle porte sur des opérations simples de type courant et ne concerne que des candidats nationaux ou étrangers installés en Algérie.

**Article 28 :** Le concours est la procédure de mise en concurrence d'hommes de l'art en vue de la réalisation d'une opération comportant des aspects technique, économique, esthétique ou artistiques particuliers.

## Section 2

### De la qualification des candidats

**Article 29 :** Quel que soit le mode de passation retenu, un marché ne peut être attribué par le service contractant qu'à une entreprise jugée apte à l'exécuter.

**Article 30 :** le service contractant doit vérifier les capacités techniques, financières et commerciales du partenaire cocontractant.

**Article 31 :** La qualification peut revêtir le caractère d'un agrément obligatoire lorsqu'elle est prévue dans les cas déterminés par des textes réglementaires et qu'elle est mise en œuvre par des organismes spécialisés habilités à cet effet.

**Article 32 :** La présélection des candidats est une procédure mise en œuvre par le service contractant pour le choix des candidats à mettre en compétition à l'occasion d'opérations complexes ou d'importance particulière.

**Article 33 :** En vue d'une meilleure rationalisation du choix des soumissionnaires, le service contractant s'informe de leurs capacités et références par tout moyen légal et notamment auprès d'autres services contractants, des banques et des représentations algériennes à l'étranger.

**Article 34 :** Un fichier national des opérations, des fichiers sectoriels et un fichier au niveau de chaque service contractant sont tenus et régulièrement mis à jour.

Le contenu de ces fichiers ainsi que les conditions de leur mise à jour sont déterminées par arrêté du ministre chargé des finances.

## Section 3

### Des procédures de passation des marchés

**Article 35 :** La recherche des conditions les plus adaptées aux objectifs assignés au service contractant dans le cadre de sa mission déterminé le choix du mode de passation des marchés.

Ce choix relève de la compétence du service contractant agissant conformément aux dispositions du présent décret.

**Article 36 :** Le service contractant doit motiver son choix à l'occasion de tout contrôle exercé par toute autorité compétente.

**Article 37 :** Le service contractant à recours exécuté que par un partenaire cocontractant unique qui détient soit une situation monopolistique, soit à titre exclusif, le procédé technologique retenu par le service contractant.

- Dans les cas d'urgence impérieuse motivée par un danger imminent que court un bien ou un investissement déjà matérialisé sur le terrain et qui ne peut s'accommoder des délais de l'appel d'offres. À condition que les circonstances à l'origine de cette urgence n'aient pu être prévues par le service contractant et n'aient pas été le résultat de manœuvres dilatoires de sa part.

Dans le cas d'un approvisionnement urgent destiné à sauvegarder le fonctionnement de l'économie ou les besoins essentiels de la population.

Quant il s'agit d'un projet prioritaire et d'importance nationale. Dans ce cas, le recours à ce mode de passation exceptionnel, doit être soumis à l'accord préalable du conseil des ministres.

**Article 38 :** Le service contractant a recours au gré à gré après consultation dans les suivants:

- quand l'appel à la concurrence s'avère infructueux ;
- pour les marchés d'études, de fournitures et de services spécifiques dont la nature ne nécessite pas le recours à un appel d'offres.

**Article 39 :** Le recours à la publicité par voie de presse est obligatoire dans les cas suivants:

- appel d'offres ouvert,
- appel d'offres restreint,
- appel à la présélection,
- concours,
- adjudication,

**Article 40 :** L'avis d'appel d'offres doit comporter les mentions obligatoires suivantes:

- raison sociale et adresse du service contractant;
- mode d'appel d'offres (ouvert ou restreint, national et/ou international), adjudication ou le cas échéant concours;
- objet de l'opération,
- pièces exigées des candidats par le service contractant,
- date limitée et lieu de dépôt des offres,
- obligation de caution, s'il y a lieu,
- présentation sous double pli cacheté avec mention à ne pas ouvrir et référence de l'appel d'offres;
- prix de la documentation, le cas échéant,

**Article 41 :** Le service contractant tient à la disposition de toute entreprise admise à soumissionner la documentation prévue à l'article 42 ci-dessous.

Cette documentation peut-être adressée au candidat qui en fait la demande.

**Article 42 :** La documentation relative à l'appel d'offres ouvert, restreint et la consultation sélective mise à la disposition des candidats, contient tous les renseignements nécessaires leur permettant de présenter des soumissions acceptables, notamment.

La description précise de l'objet des prestations demandées ou de toutes exigences y compris les spécifications techniques, la certification de conformité et les normes auxquelles les produits ou services doivent satisfaire ainsi que le cas échéant les plans, dessins et instructions nécessaires.

Les conditions à caractère économique et technique et, selon le cas, les garanties financières.

Les renseignements ou pièces complémentaires exigées des soumissionnaires ;

La ou les langues (s) à utiliser pour la présentation des soumissions et documents d'accompagnement;

Les modalités de paiement

Toutes autres modalités et conditions fixées par le service contractant auxquelles doit être soumis le marché,

Le délai de validité des offres,

La date limite de dépôt des offres et la formalité faisant foi à cet effet;

L'adresse précise à laquelle doivent être envoyées les soumissions.

**Article 43 :** L'avis d'appel d'offres est rédigé en langue nationale et, au moins, dans une langue étrangère, il est publié obligatoirement dans le bulletin officiel des marchés de l'opérateur public (BOMOP) et au moins dans deux quotidiens nationaux.

L'avis d'attribution provisoire du marché est inséré dans les organes d'offres, en précisant, le prix, les délais de réalisation et tous les éléments qui ont permis le choix de l'attributaire du marché.

**Article 44 :** Le dépôt des offres est effectué dans un délai fixé en fonction d'éléments tels que la complexité de l'objet du marché projeté et le temps normalement nécessaire à l'acheminement des soumissions.

En tout état de cause, le délai permet à la concurrence, la plus large possible, de jouer pleinement.

Le service contractant peut, quand les circonstances le justifient, proroger le délai limite de dépôt des offres.

Dans ce cas, il en informe les candidats par tous moyens.

**Article 45 :** Les soumissions doivent comporter :

une lettre de soumission.

Une déclaration à souscrire.

Les modèles de la lettre de soumission et de la déclaration à souscrire sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances.

L'offre proprement dite est établie conformément au cahier des charges.

Une caution de soumission pour les marchés de travaux et de fournitures qui ne pourrait en aucun cas être inférieure à 1% du montant de la soumission.

La caution du soumissionnaire non retenu est restituée 35 jours après la date de publication de l'avis d'attribution provisoire du marché.

La caution de soumission de l'attributaire du marché est libérée à la date de signature du marché par ce dernier.

Tous les documents intéressant la qualification du soumissionnaire dans le domaine concerné (certificat de qualification, et de classification pour les marchés de travaux et l'agrément pour les marchés d'études), ainsi que les références professionnelles.

Tous autres documents exigés par le service contractant, tels que les statuts de l'entreprise soumissionnaire, le registre de commerce, les bilans financiers et les références bancaires.

Dans ce cas, le (ou les) marché (s) doit (vent) contenir une clause par laquelle les cocontractants, agissant en groupement ou séparément, s'engagent conjointement et solidairement pour la réalisation du projet.

## **TITRE IV DISPOSITIONS CONTRACTUELLES**

### **Section 1**

#### **Des mentions des marchés**

**Article 50 :** Tout marché doit viser la législation et la réglementation en vigueur ainsi que le présent décret, il doit notamment contenir les mentions suivantes:

- l'identification précise des parties contractantes
- l'identité et la qualité des personnes dûment habilitées à signer le marché.
- l'objet ou marché défini et écrit avec précision.
- le montant décomposé et réparti en devises et en dinars algériens selon le cas.
- les conditions de règlement
- le délai d'exécution
- la banque domiciliaire
- les conditions de résiliation
- la date et le lieu de signature

En outre, le marché doit contenir les mentions complémentaires suivantes:

- le mode de passation du marché
- la référence aux cahiers des clauses générales et aux cahiers des prescriptions communes applicables aux marchés et qui en font partie intégrante.
- les conditions d'intervention et d'agrément des sous-traitants s'il y a lieu.
- la clause de révision des prix.
- la clause de nantissement, lorsqu'elle est requise.
- le taux de pénalités, les modalités de leur calcul et les conditions de leur application ou la spécification de leur exemption.
- les modalités de mise en œuvre des cas de force majeure.
- les conditions mise en vigueur du marché.
- l'indication pour les contrats d'assistance technique des profils des postes de travail, de la liste et du niveau de qualification des personnels étrangers ainsi que des taux de rémunération et autres avantages dont ils bénéficient.
- les conditions de réception des marchés
- la loi applicable et la clause de règlement des litiges.

### **Section 2**

#### **Des prix des marchés**

**Article 51 :** La rémunération du partenaire cocontractant intervient selon les modalités suivantes:

- à prix global et forfaitaire
- sur bordereau de prix unitaire
- sur dépenses contrôlés
- à prix mixte

Pour le respect des prix, le service contractant peut privilégier la rémunération du marché selon la formule à prix global et forfaitaire.

**Article 52 :** Le prix peut-être ferme ou révisable.

Lorsque le prix est révisable, le marché doit prévoir la (ou les) formule (s) de révision de prix, ainsi que les modalités de mise en œuvre de la (ou des) dite (s) formule (s) de révision.

Le prix peut-être actualisé dans les conditions fixées par les articles 53 et 54 du présent décret.

**Article 53 :** Si un délai supérieur à la durée de validité de l'offre sépare la date limite de dépôt des offres et celle de l'ordre de commencer l'exécution de la prestation et si les circonstances économiques l'exigent, il peut être consenti une actualisation des prix dont le montant est fixé, d'un commun accord, conformément à l'article 54 du présent décret.

Le service contractant peut procéder à l'actualisation des prix d'un marché conclu selon la procédure de gré à gré, à l'expiration du délai de validité des prix prévus dans la soumission, qui sépare la date de signature du marché par le partenaire cocontractant et la date de notification de l'ordre de service de commencement des prestations contractuelles, les indices de base (io) à prendre en considération sont ceux du mois de la date de fin de validité des prix.

**Article 54 :** Lorsqu'une clause d'actualisation des prix a été prévue dans le marché l'application de cette clause est subordonnée aux conditions suivantes:

Le montant de l'actualisation peut-être fixé soit d'une manière globale est forfaitaire et d'un commun accord, soit par application d'une formule de révision des prix lorsqu'elle a été prévue au marché.

L'actualisation des prix ne peut-être mise en œuvre que pour la période comprise entre la date limitée de validité de l'offre et de la date notification de l'ordre de service de commencement des prestations contractuelles.

Les indices de base (io) à prendre en considération sont ceux du mois de la fin de validité de l'offre.

Toutefois, une actualisation des prix peut-être consentie en cas de retard d'exécution du marché si le retard n'est pas imputable au partenaire cocontractant. Ces dispositions s'appliquent également aux marchés conclus à prix fermes et non révisables.

**Article 55 :** Lorsque le prix est révisable, la clause de révision de prix ne peut être mise en œuvre.

Au titre de la période couverte pour les délais de validité.

Plus d'une fois tous les trois (3) mois.

La clause de révision des prix ne peut intervenir qu'au titre des seules prestations effectivement exécutées aux conditions du marché.

Les marchés qui ne peuvent pas comporter de formules de révision des prix sont le marché conclu à prix ferme et non révisable.

**Article 56 :** Les formules de révision des prix doivent tenir compte de l'importance relative à la nature de chaque prestation dans le marché par l'application des coefficients et d'indices de matières salaires et matériel.

Dans les formules de révision des prix, les coefficients pris sont ceux :

Déterminé au préalable et contenus dans la documentation relative à l'appel d'offres ouvert, restreint et à la consultation sélective.

Déterminé d'un commun accord par les parties lorsqu'il s'agit de marché conclu selon la procédure de gré à gré.

Les formules de révision de prix doivent composer.

Une partie fixe qui ne peut-être inférieure aux taux prévu dans le contrat pour l'avance forfaitaire. En tout état de cause, cette partie ne peut-être inférieure à 15%.

Une marge de neutralisation de variation des salaires de 5%.

Les indices "salaires" et "matières" applicables et le coefficient des charges sociales.

**Article 57 :** Dans les formules de révision des prix, les indices pris en considération sont ceux homologués et publiés au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, au bulletin officiel des marchés de l'opérateur public (BOMOP) et toute autre publication g\*habilitée à recevoir les annonces légales et officielles. Les indices sont applicables par les services concernés à partir de la date de leur approbation par le ministre chargé des finances.

Toutefois, pour les formules de révision des prestations fournies par des entreprises étrangères et payables en devises, il peut-être utilisé soit des indices officiels du pays du partenaire cocontractant, soit d'autres indices officiels.

**Article 58 :** il est fait application des clauses de révision des prix une fois tous les trois (3) mois, sauf le cas où, d'un commun accord, les parties prévoient une période d'application moins longue.

Les indices de base (io) à prendre en considération sont :

- Ceux du mois de la date de l'ordre de service de lancement des travaux lorsque l'ordre de service est donné postérieurement à la date de validité de l'offre ou des prix.

- Ceux du mois de la fin de validité de l'offre lorsque l'ordre de service de lancement des travaux est donné avant l'expiration de la période de validité de l'offre ou des prix

- Lorsqu'une quote-part des avances est imputée sur un acompte, la révision des prix s'applique à la différence entre le montant de l'acompte et la fraction de l'avance à déduite.

**Article 59 :** En cas de retard imputable au cocontractant dans l'exécution du marché, les prestations réalisées après le délai contractuel d'exécution sont payés sur la base des prix applicables par référence éventuellement actualisé ou révisé calculé à la fin du délai contractuel.

**Article 60 :** Le marché dont les prestations sont exécutées en dépenses contrôlées doit indiquer la nature, le mode de décompte et la valeur des divers éléments qui concourent à la détermination du prix à payer.

### **Section 3 Des modalités de paiement**

**Article 61 :** Le règlement financier du marché s'opère par versement d'avances et/ou d'acomptes et par des règlements pour solde.

Le versement d'avances et d'acomptes éventuels n'entraîne aucun effet de nature à atténuer la responsabilité du partenaire cocontractant quant à l'exécution entière conforme et loyale des prestations contractuelles.

A cet titre, vers versements ne constituent pas un paiement définitif.

**Article 62 :** Au sens de l'article 61 ci-dessus, on entend par :

- avance: toute somme versée avant exécution des prestations, objet du contrat et sans contre-partie d'une exécution physique de la prestation

- acompte : tout versement consenti par le service contractant correspondant à une exécution partielle l'objet du marché.

-règlement pour solde: le paiement à titre provisoire ou définitif du prix prévu dans le marché après exécution entière et satisfaisante de l'objet du marché.

**Article 63 :** les avances ne peuvent être versées que si le cocontractant a préalablement présenté une caution de restitution d'avances d'égale valeur, émise par une banque algérienne, la caisse de garantie des marchés publics ou une banque étrangère agréée par une banque algérienne.

Cette caution est établie selon des termes convenant au service contractant et à sa banque.

**Article 64 :** Les avances sont dites, selon le cas, "forfaitaires" ou sur approvisionnement.

**Article 65 :** l'avance forfaitaire est fixée à un maximum de 15% du prix du marché.

**Article 66 :** Lorsque les règles de paiement et/ou de financement consacrées sur le plan international sont telles que leur refus par le service contractant, à l'occasion de la négociation d'un marché, entraîne un préjudice certain pour le service contractant, celui-ci peut consentir exceptionnellement et, après accord express du ministre de tutelle ou du wali, le cas une avance forfaitaire supérieure au taux fixé à l'article 65 du présent décret.

Cet accord est donné après avis de la commission des marchés compétente.

**Article 67 :** L'avance forfaitaire peut être versée en une seule fois.

Elle peut être également versée en plusieurs tranches dont l'échelonnement est prévu dans le marché.

**Article 68 :** Les titulaires de marchés de travaux ou de fournitures peuvent obtenir, outre l'avance forfaitaire, une avance sur approvisionnement s'ils justifient de contrats ou de commandes confirmés de matières ou de produits indispensables à l'exécution du marché.

Le service contractant peut exiger de son partenaire cocontractant un engagement express de déposer sur le chantier ou sur le lieu de livraison les matières ou produits dont il s'agit dans un délai compatible avec le planning contractuel, sous peine de restitution de l'avance.

**Article 69 :** Le partenaire cocontractant les sous-traitants et sous commandiers ne peuvent disposer des approvisionnements ayant fait l'objet d'avances et/ou d'acomptes pour les travaux ou des fournitures autres que ceux prévus au marché.

Les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent aux fournitures prévues dans le marché et déposées sur le chantier ou sur le lieu de livraison convenu, lorsque, à la fin de l'exécution des prestations, les dites fournitures, bien que payées par le service contractant, n'ont pas servi à l'objet du marché.

**Article 70 :** Le montant cumulé de l'avance forfaitaire et des avances sur approvisionnement ne peut dépasser à aucun moment, 50% du montant global du marché.

**Article 71 :** Les avances forfaitaires et approvisionnement sont récupérées par voie de retenues opérées par le service contractant sur les sommes payées à titre d'acomptes ou de règlement pour soldes.

Les remboursements des avances sont effectués à un rythme fixé contractuellement par déduction sur les sommes dues au titulaire du marché.

**Article 72 :** Il peut être versé des acomptes à tout titulaire d'un marché de travaux ou de services lorsqu'il justifie de l'accomplissement d'opérations intrinsèques d'exécution de ce marché.

Toutefois les titulaires de marché de travaux peuvent bénéficier d'acomptes sur approvisionnement de produits rendus sur chantier, n'ayant pas fait l'objet d'un payement sous la forme d'avance sur approvisionnement, à concurrence de quatre vingt pour cent (80%) de leur montant calculé par application des prix unitaires d'approvisionnements spécialement établis pour le marché considéré aux quantités constatées.

En tout état de cause, le partenaire cocontractant ne bénéficie de cet acompte qu'en ce qui concerné les approvisionnements acquis en Algérie.

**Article 73 :** Le versement des acomptes est mensuel toutefois, le marché peut prévoir une période plus longue, compatible avec la nature des prestations. Ce versement est subordonné à la présentation, selon le cas, de l'un des documents suivants :

- procès-verbaux ou relevés contradictoires de prise d'attachements;
- état détaillé des fournitures, approuvé par le service contractant,
- état des salaires conforme à la réglementation en vigueur ou de charges sociales, visé par la caisse de sécurité sociale compétente.

**Article 74 :** Le règlement pour solde provisoire a pour objet, lorsqu'il est prévu dans le marché, le versement au cocontractant des sommes dues au titre de l'exécution normale des prestations contractuelles déduction faite.

- de la retenue de garantie éventuelle.
- des pénalités restant à la charge du partenaire, le cas échéant.
- des versements à titre d'avances et acomptes de toutes natures non encore récupérés par le service contractant.

**Article 75 :** Le règlement pour solde définitif entraîne la restitution des retenues de garantie et le cas échéant, mainlevée des cautions constituées par le partenaire cocontractant.

**Article 76 :** Le marché doit préciser les délais ouverts au service contractant pour procéder aux constatations ouvrant droit à paiement. Les délais à partir de la demande du titulaire, appuyée des justifications nécessaires.

**Article 77 :** Le service contractant est tenu de procéder au mandatement des acomptes ou du solde dans un délai qui ne peut dépasser trente (30) jours à compter de la réception de la situation ou de la facture; toutefois, pour le solde de certaines catégories de marché, un délai plus long peut être fixé arrêté du ministre chargé des finances.

Ce délai ne peut être supérieur à deux (2) mois.

Le délai de mandatement est précis dans le marché.

La date du mandatement est portée, le jour de l'émission du mandat et par écrit, à la connaissance du cocontractant par le service contractant.

Le défaut de mandatement dans le délai prévu ci-dessous fait courir de plein droit et sans formalité, au bénéficiaire du cocontractant des intérêts moratoires calculés au taux d'intérêt bancaire des crédits à court terme, à partir du jour suivant l'expiration dudit délai jusqu'au quinzième (15) jour inclus suivant la date du mandatement de l'acompte.

Toutefois dans le cas où le mandatement est effectué après le délai de quinze (15) jours fixé à l'alinéa précédent, et que les intérêts moratoires n'ont pas été mandatés en même temps que l'acompte et que la date du mandatement n'a pas été communiquée, au cocontractant, les intérêts moratoires sont dus jusqu'à ce que les fonds soient mis à la disposition du cocontractant.

Le défaut de mandatement de tout ou partie des intérêts moratoires, lors du mandatement de l'acompte entraîne une majoration de 2% du montant de des intérêts par mois de retard. Le retard auquel s'applique le pourcentage est calculé par mois entier décompte de quantième à quantième.

Toute période inférieure à un mois entier est comptée pour un mois entier. Le délai prévu au premier alinéa du présent article ne peut être suspendu qu'une fois et par l'envoi au cocontractant, huit (8) jours au moins avant l'expiration d'avis de réception postal lui faisant connaître les raisons imputables au cocontractant qui justifient le refus de mandatement, et précisant notamment les pièces à fournir ou à compléter. Cette lettre doit indiquer qu'elle a pour effet de suspendre le délai de mandatement jusqu'à la remise par le cocontractant, au moyen d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception postal, portant bordereau des pièces transmises, de l'ensemble des justifications qui lui ont été réclamés.

Le délai laissé au service contractant pour mandater, à compter de la fin de la suspension, ne peut, en aucun cas être supérieur à quinze (15) jours. En cas de désaccord sur le montant d'un acompte ou du solde, le mandatement est effectué sur la base provisoire des sommes admises par le service contractant, lorsque les sommes ainsi payées sont inférieures à celles qui sont finalement dues au bénéficiaire, celui-ci a droit finalement dues au calculés sur la différence enregistrée.

Ces intérêts moratoires peuvent être rétrocedés à la caisse de garantie des marchés publics, dès lors que celle-ci est sollicitée pour la mobilisation de la créance née et constatée.

**Article 78 :** Les pénalités contractuelles applicables aux partenaires cocontractants en vertu des clauses du marché sont déduites des paiements à intervenir dans les conditions et modalités prévues dans le marché.

La dispense de paiement des pénalités de retard relève de la responsabilité du service contractant.

Elle intervient lorsque le retard n'est pas imputable au cocontractant auquel il est délivré, dans ce cas, des ordres d'arrêt ou de reprise de service.

En cas de force majeure, les délais sont suspendus et les retards ne donnent pas lieu à l'application des pénalités de retard dans les limites fixées par les ordres d'arrêt et de reprise de services pris en conséquence par le service contractant.

Dans les deux cas, la dispense des pénalités de retard donne lieu à l'établissement d'un certificat administratif.

**Article 79 :** Sous réserve des dispositions à caractère législatif et réglementaire en vigueur le service contractant peut consentir, à titre exceptionnel, une avance sur les acomptes visés à l'article 72 du présent aux conditions express suivantes:

- le délai contractuel de règlement de la demande d'acompte présentée par le partenaire cocontractant est dépassé.

- le montant de l'avance ne doit, en aucun cas, excéder 80% du montant de l'acompte.

- le bénéfice de cette avance supplémentaire ne doit, en aucun cas, cumuler avec les avances consentes, dépasser 70% du montant total du marché.

- cette avance est réglée dans les délais et selon les procédures les plus diligentes. La régularisation intervient selon les mêmes modalités.

#### **Section 4 Des garanties**

**Article 80 :** Le service contractant doit veiller à ce que soient réunies les garanties nécessaires permettant les meilleures conditions de choix de ses partenaires et/ou les meilleures conditions d'exécution du marché.

Les garanties susvisées ainsi que les modalités de leur restitution sont fixées, selon le cas, dans les cahiers des charges ou dans les dispositions contractuelles du marché par référence aux dispositions légales ou réglementaires en vigueur.

**Article 81 :** Les garanties de nature gouvernementale concernant les entreprises étrangères sont :

- les dispositions entrant dans le cadre de l'utilisation de la ligne de crédit résultat d'accord intergouvernemental;

- les garanties mettant en œuvre le concours d'institution bancaires ou d'assurances à caractère public ou parapublic.

**Article 82 :** Les garanties appropriées de bonne exécution dont celles obtenues par le service contractant et, en particulier, dans le domaine financier, sont les garanties pécuniaires couvertes par une caution bancaire émise par une banque étrangère de premier ordre agréée par la banque algérienne compétente.

**Article 83 :** La priorité dans le choix des partenaires cocontractants étrangers est accordée à celui qui présente les garanties les plus larges telles que visées aux articles les garanties les plus larges telles que visées aux articles 80-81 et 82 du présent décret, et à l'importance des lots ou produits sous-traités sur le marché algérien.

**Article 84 :** Outre la caution de restitution des avances visée à l'article 63 ci-dessus, le partenaire cocontractant est tenu de fournir une caution de bonne exécution du marché, exception faite pour certains types de marchés d'études et de services, dont la liste fixée par arrêté interministériel du ministre des finances et du ministre concerné.

Le service contractant peut dispenser son partenaire de la caution de bonne exécution, lorsque le délai d'exécution du marché ne dépasse pas trois (3) mois.



La caution de bonne exécution doit être constituée au plus tard à la date à laquelle le partenaire cocontractant remet la première demande d'acompte.

En cas d'avenant, elle doit être complétée dans les mêmes conditions.

La caution est établie selon les formes agréées par le service contractant et sa banque.

**Article 85 :** Lorsqu'un délai de garantie est prévu dans le marché la caution de bonne exécution visée à l'article 84 ci-dessus est transformée, à la réception provisoire en caution de garantie.

**Article 86 :** Lorsque le cahier des charges de l'appel d'offres le prévoit, des retenues de bonne exécution peuvent être substituées à la caution de bonne exécution pour les marchés d'études et de services visés à l'article 84 ci-dessus.

Lorsqu'un délai de garantie est prévu dans les marchés d'études ou de services visés à l'alinéa ci-dessus, la provision constituée par l'ensemble des retenues est transformée, à la réception provisoire, en caution de garantie.

**Article 87 :** Le montant de la caution de bonne exécution est fixé entre 5% et 10% du montant du marché, selon la nature et l'importance des prestations à exécuter.

**Article 88 :** La caution visée à l'article 84 ou les retenues visées 86 ci-dessus sont totalement restituées dans un délai d'un mois à compter de la date de réception définitive du marché.

## **Section 5 De l'avenant**

**Article 89 :** Le service contractant peut recourir à la conclusion d'avenants au marché dans le cadre des dispositions du présent décret.

**Article 90 :** L'avenant constitue en document contractuel accessoire au marché qui, dans tous les cas, est conclu lorsqu'il a pour objet l'augmentation ou la diminution des prestations et/ou la modification d'une ou plusieurs clauses contractuelles du marché initial.

Les prestations objet de l'avenant, peuvent couvrir des opérations nouvelles entrant dans l'objet global du marché.

En tout état de cause, un avenant ne peut modifier de manière essentielle, l'objet du marché.

**Article 91 :** L'avenant obéit aux conditions économiques de base du marché.

Au cas où il ne peut être tenu compte des prix contractuels fixés au marché pour les opérations nouvelles prévues dans un avenant, de nouveaux prix peuvent, le cas échéant être fixés.

**Article 92 :** L'avenant ne peut être conclu et soumis à l'organe de contrôle externe des marchés compétents que dans la limite des délais contractuels d'exécution.

Néanmoins cette disposition ne s'applique dans les cas suivant.

Lorsque l'avenant au sens de l'article 90 ci-dessus est sans incidence financière et porte sur l'introduction et/ou la modification d'une ou plusieurs clauses contractuelles autres que celles relatives aux délais d'exécution.

Lorsque des raisons exceptionnelles et imprévisibles indépendantes de la volonté des deux parties entraînant la rupture substantielle de l'équilibre économique du contrat et/ou le déplacement du délai contractuel initial.

Lorsque, exceptionnellement, l'avenant a pour objet de clôturer définitivement le marché.

Les avenants prévus aux alinéas 2 et 3 ci-dessus sont en tout état de cause, soumis au contrôle externe a priori de la commission des marchés compétente.

**Article 93 :** L'avenant, au sens de l'article 90 ci-dessus, n'est pas soumis à l'examen des organes de contrôle externe a priori lorsque son objet ne modifie pas la dénomination des contractants, les garanties techniques et financières, le délai contractuel et lorsque son montant ou le montant cumulé des différents avenants, qu'il soit en augmentation ou en diminution, ne dépasse pas :

- 20% du marché initial, pour les marchés relevant de la compétence de la commission des marchés du service contractant ;
- 10% du marché relevant de la compétence de la commission nationale des marchés.

## **Section 6 De la sous-traitance**

**Article 94 :** La sous-traitance porte sur une partie de l'objet du marché dans le cadre d'un engagement liant directement le sous-traitant et le partenaire cocontractant du service contractant.

**Article 95 :** Le partenaire cocontractant est seul responsable, vis-à-vis du service contractant de l'exécution de la partie sous-traitée du marché.

**Article 96 :** Le recours à la sous-traitance est possible dans les conditions suivantes.

- le champ principal d'intervention de la sous-traitance doit être expressément dans le marché.
- le choix du sous-traitant est obligatoirement et préalablement approuvé par le service contractant.
- lorsque les prestations à exécuter par le sous-traitant sont prévues par le marché, celui-ci peut être payé directement par le service contractant.

## **Section 7 Dispositions contractuelles diverses Sous-section 1 Du nantissement**

**Article 97 :** Les marchés du service contractant sont susceptibles de nantissement aux conditions prévues ci-dessous.

1- le nantissement ne peut être effectué qu'auprès d'un établissement d'un groupement d'établissement bancaire de la cause de garantie des marchés publics.

2- le service contractant remet au cocontractant un exemplaire du marché revêtu d'une mention spéciale indiquant que cette pièce formera titre en cas de nantissement.

3- si la remise au partenaire cocontractant de l'exemplaire, l'intéressé pourra demander à l'autorité avec laquelle il aura traité, un extrait signé du marché qui portera la mention indiquée à l'alinéa 2 et contiendra les indications compatibles avec le secret exigé. La remise de cette pièce équivalente pour la constitution du nantissement à la remise d'un exemplaire intégral.

4- les nantissements devront être notifiés par le cessionnaire au comptable désigné dans le marché, l'obligation de dépossession de gage sera réalisée par la remise de l'exemplaire désigné à l'alinéa 2 au comptable chargé du paiement qui, à l'égard des bénéficiaires de nantissement, sera considéré comme le tiers détenteur du gage.

5- la main levée des significations de nantissement sera donnée par le cessionnaire au comptable détenteur de l'exemplaire spécial, par lettre recommandée avec accusé de réception.

6- les actes de nantissement sont soumis aux formats d'enregistrement prévu par la législation en vigueur.

7- sauf dispositions contraires dans l'acte, le bénéficiaire d'un nantissement en caisse seul le montant de la créance affectée en garantie, sauf à rendre compte à celui qui a constitué le gage suivant les règles du mandat.

Cet encaissement est effectué nonobstant les oppositions et nantissement dont les significations n'ont pas été faites au plus tard le dernier jour ouvrable précédent le jour de la signification du nantissement en cause, à la condition que les requérants ne revendiquent pas l'un des privilèges énumérés à l'alinéa 11 ci-dessous.

8- Au cas où le nantissement a été constitué au profit de plusieurs bénéficiaires, ceux-ci devront se constituer en groupement à la tête duquel sera désigné un chef de file.

9- le titulaire du marché, ainsi eu les bénéficiaires de nantissement, en cours d'exécution du contrat, peuvent requérir du service contractant, soit un état sommaire des prestations effectuées, soit le décompte des droits constatés au profit du partenaire cocontractant, ils pourront, en outre requérir un état des acomptes mis en paiement, le fonctionnaire chargé de fournir ces renseignements est désigné dans le marché.

10- Si le créancier en fait la demande par lettre recommandée en justifiant de sa qualité, le fonctionnaire chargé de fournir les renseignements énumérés à l'alinéa 9 est tenu de l'aviser en même temps que le titulaire du marché, de toutes les modifications apportées au contrat qui affectent la garantie résultat du cautionnement.

11- les droits des bénéficiaires de nantissement ne seront primés que par les privilèges suivants:

- privilèges des frais de justice.
- privilège relatif au paiement des salaires et de l'indemnité de congés payés en cas de faillite ou de règlement judiciaire tel qu'il est prévu par la loi sur les relations de travail sus-visée;
- privilège des salaires des entrepreneurs effectuant des travaux ou des sous-traitants ou sous-commandiers agréés par le service contractant.
- privilège du Trésor,
- privilège des propriétaires des terrains occupés pour cause d'utilité publique.

12- les sous-traitants et sous-commandiers peuvent donner en nantissement à concurrence de la valeur des prestations qu'ils exécutent tout ou partie de leurs créances dans les conditions prévues au présent article.

A cet effet, le cas échéant, de l'avenant doit être remise à chaque sous-commandiers ou sous-traitant.

**Article 98 :** La caisse de garantie des marchés publics peut intervenir dans le financement des marchés publics pour en faciliter l'exécution, notamment par le paiement des situations et/ou factures, au titre de la mobilisation des créances des entreprises titulaires de marchés publics ainsi que :

1- En préfinancement pour améliorer la trésorerie du titulaire du marché avant que le service contractant ne lui reconnaisse des droits à paiement.

2- En crédit de mobilisation de droits acquis.

3- En garantie pour les avances exceptionnelles consenties sur nantissement des différents types de marchés passés par les entités visées à l'article 2 du présent décret.

### Sous-section 2

#### De la résiliation

**Article 99 :** En cas d'inexécution de ses obligations, le cocontractant est mis en demeure, par le service contractant, d'avoir à remplir ses engagements contractuels dans un délai déterminé.

Faute par le cocontractant de remédier à la carence qui lui est imputable dans le délai fixé par la mise en demeure prévues ci-dessus, le service contractant peut, unilatéralement, procéder à la résiliation du marché.

Le service contractant ne peut se voir opposer la résiliation du marché lors de la mise en œuvre, par ses soins, des clauses contractuelles de garanties, et des poursuites tendant à la réparation du préjudice qu'il a subi par la faute de son cocontractant.

Les mentions à porter dans la mise en demeure, ainsi que les délais de sa publication sous forme d'annonces légales, seront précisées par arrêté du ministre des finances.

**Article 100 :** Outre la résiliation unilatérale visée à l'article 99 ci-dessus, il peut être également procédé à la résiliation contractuelle du marché dans les conditions expressément prévues à cet effet.

En cas de résiliation, d'un commun accord, d'un marché en cours d'exécution, le document de résiliation signé des deux parties doit prévoir la reddition des comptes établis en fonction des travaux exécutés, des travaux restant à effectuer, et de la mise en œuvre, d'une manière générale, de l'ensemble des clauses du marché.

### Sous-section 3

#### Du règlement des litiges

**Article 101 :** Outre les droits de recours prévus par la législation en vigueur, le soumissionnaire qui conteste le choix opéré par le service contractant dans le cadre d'un avis d'appel d'offres, peut introduire un recours dans les dix (10) jours à compter de la publication de l'avis d'attribution provisoire du marché, auprès de la commission des marchés compétente, dans la limite des seuils fixés aux articles 121 et 130 ci-dessus.

La commission des marchés compétente donne un avis dans un délai de quinze (15) jours, à compter de l'expiration du délai de dix (10) jours fixé ci-dessus.

Cet avis est notifié au service contractant et au requérant.

Le projet de marché ne peut être soumis à l'examen de la commission des marchés compétente qu'au terme d'un délai de trente (30) jours à compter de la date de publication de l'avis d'attribution provisoire du marché, correspondant aux délais impartis respectivement, au recours, à l'examen du recours par la commission des marchés compétente et à la notification.

En cas de recours, la commission des marchés compétente, dont la composition est fixée par les articles 119, 120 et 122 ci-dessus, se réunit en présence du représentant du service contractant avec voix consultative.

**Article 102 :** Les litiges nés à l'occasion de l'exécution du marché sont réglés dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Sans préjudice de l'application de ces dispositions, le service contractant, doit, néanmoins rechercher une solution amiable aux litiges nés de l'exécution de ces marchés chaque fois que cette solution permet:

- de retrouver un équilibre des charges incombant à chacune des parties;
- d'aboutir à une réalisation plus rapide de l'objet du marché;
- d'obtenir un règlement définitif plus rapide et moins onéreux;

En cas d'accord des deux parties, celui-ci fera l'objet d'une décision du ministre, du wali ou du président de l'assemblée populaire communale selon la nature des dépenses à engager dans le marché.

Cette décision est exécutoire, nonobstant l'absence de visa de l'organe de contrôle a priori.

Le partenaire cocontractant peut introduire, avant toute action en justice, un recours auprès de la commission, nationale des marchés, qui donne lieu, dans les 30 jours à compter de son introduction, à une décision.

Cette décision s'impose au service contractant, nonobstant l'absence de visa de l'organe de contrôle externe a priori dans les conditions définies par les dispositions du décret n° 91-314 du 7 septembre 1991 relatif à la procédure de réquisition des comptables publics par les ordonnateurs.

## Titre V

### LE CONTRÔLE DES MARCHES

#### Section préliminaire

##### Dispositions générales

**Article 103 :** Les marchés conclus par le service contractant sont soumis au contrôle, préalablement à leur mise en vigueur, avant et après leur exécution.

**Article 104 :** Les contrôles auxquels sont soumis les marchés s'exercent sous la forme de contrôle interne, de contrôle externe et de contrôle de tutelle.

**Article 105 :** Sans préjudice des dispositions légales qui leur sont applicables par ailleurs, les différents contrôles prévus par le présent décret s'exercent sur les marchés quel qu'en soit le type et selon des seuils déterminés.

**Article 106 :** Sans préjudice des dispositions légales applicables au contrôle interne, celui-ci exercé, au sens du présent décret, conformément aux textes portant organisation et statuts des différents services contractants.

Les modalités pratiques de cet exercice doivent préciser notamment le contenu de la mission de chaque organe de contrôle et les mesures nécessaires à la cohérence et à l'efficacité des opérations de contrôle.

Lorsque le service contractant est soumis à une autorité de tutelle, celle-ci arrête un schéma –type portant organisation et mission du contrôle des marchés.

**Article 107:** Dans le cadre du contrôle interne, il est institué une commission d'ouverture des plis, auprès de chaque service contractant.

Le responsable du service contractant fixe, par décision, la composition de cette commission dans le cadre de la procédure légale et réglementaire en vigueur.

**Article 108:** La commission d'ouverture des plis a pour mission :

- de constater la régularité de l'enregistrement des offres sur un registre ad hoc;
- de dresser la liste des soumissions sans l'ordre d'arrivée avec l'indication des montants des propositions;
- de dresser une description sommaire des pièces constitutives de la soumission;
- de dresser, séance tenante, le procès-verbal signé par tous les membres présents de la commission.

La commission d'ouverture des plis dresse, le cas échéant un procès-verbal d'infructuosité signé par les membres présents. Le procès-verbal doit contenir les réserves éventuelles formulées par les membres de la commission.

**Article 109:** La commission d'ouverture des plis se réunit, sur convocation du service contractant, le dernier jour correspondant à la date limite de dépôt des offres.

Cette commission se réunit en séance publique en présence des soumissionnaires préalablement informés dans le cahier des charges de l'appel d'offres.

**Article 110:** La commission d'ouverture des plis se réunit valablement quel que soit le nombre des membres présents.

**Article 111:** Il est institué auprès de chaque service contractant une commission d'évaluation des offres. Cette commission dont les membres sont désignés par décision du responsable du service contractant, composée de membres qualifiés choisis en raison de leur compétence, analyse les offres et, le cas échéant, les variantes d'offres en vue de dégager la ou les propositions (s) à soumettre aux instances concernées.

La qualité de membre de la commission d'évaluation des offres est incompatible avec celle de membre de la commission d'ouverture des plis.

Cette commission élimine les offres non conformes à l'objet du marché et au contenu du cahier des charges.

Elle procède à l'analyse des offres restantes en deux phases sur la base de critère et d'une méthodologie prévue dans le cahier des charges.

Elle établit, dans une première phase, le classement technique des offres et élimine les offres qui n'ont pas obtenu une note minimum prévue au cahier des charges.

Les offres financières des soumissionnaires pré-qualifiés seront dans une deuxième phase, examinées après l'ouverture des plis des offres financières pour retenir conformément au cahier des charges, soit l'offre la moins-disante, lorsqu'il s'agit de prestations courantes, soit l'offre économiquement la plus avantageuse, lorsqu'il s'agit de prestations techniquement complexes.

Toutefois, la commission d'analyse des offres peut proposer, au service contractant, le rejet de l'offre retenue, si elle établit que l'attribution du projet entraînerait une domination du marché par le partenaire retenu ou fausserait, de toute manière, la concurrence dans le secteur concerné.

Dans ce cas, le droit de rejeter une offre de cette nature, doit être dûment indiqué dans le cahier des charges de l'appel d'offres.

#### **Sous-section 2**

##### **Du contrôle externe**

**Article 112:** Le contrôle externe, au sens du présent décret, et dans le cadre de l'action gouvernementale, a pour finalité de vérifier la conformité des marchés soumis aux organes externes visés à la section 2 du présent titre, à la législation et à la réglementation en vigueur.

Le contrôle externe tend également à vérifier si l'engagement du service contractant correspondant à une action régulièrement programmée.

#### **Sous-section 3**

##### **Du contrôle de tutelle**

**Article 113:** Le contrôle de tutelle, exercé par l'autorité de tutelle, a pour finalité, au sens du présent décret, de vérifier la conformité des marchés passés par le service contractant aux objectifs d'efficacité et d'économie et de s'assurer que l'opération objet du marché, entre effectivement dans le cadre des programmes et priorités assignés au secteur

Un rapport d'évaluation portant sur les conditions de réalisation de l'ouverture et son coût global par rapport à l'objectif initial, est établi par le service contractant à la réception définitive dudit ouvrage.

Ce rapport est adressé selon la nature de la dépense engagée au ministre, au wali ou au président de l'assemblée populaire communale ainsi qu'à l'organe de contrôle externe compétent.

#### **Section 2**

##### **Des organes de contrôle**

**Article 114:** Il est institué, auprès de chaque service contractant, une commission des marchés chargée du contrôle a priori des marchés publics dans la limite des seuils de compétence, fixés aux articles 121 et 130 ci-dessous.

Cette commission est mise en place par son président dès la désignation de ses membres.

Le responsable de l'institution nationale autonome, prévue à l'article 2 ci-dessus, fixe la composition de la commission des marchés placée auprès de l'institution considérée. Les attributions de cette commission ainsi que ses règles de fonctionnement sont celles prévues pour la commission ministérielle des marchés.

**Article 115:** Le contrôle externe a priori des marchés conclu par le ministère de la défense nationale relève exclusivement de la commission (s) placée (s) auprès du ministère de la défense nationale qui fixe sa (leur) composition et ses (leurs) attributions.

#### **Sous-section 1**

##### **Compétence et composition de la commission des marchés**

**Article 116:** La commission des marchés, apporte son assistance en matière de préparation et de formalisation des marchés publics, et donne un avis sur tout recours introduit par le soumissionnaire qui conteste le choix opéré par le service contractant dans le cadre d'un avis d'appel d'offres.

**Article 117:** Le contrôle externe est exercé par les organes de contrôle dont la composition et les compétences sont définies ci-dessous.

**Article 118:** Les projets de cahier des charges des appels d'offres sont soumis à l'examen de la commission des marchés compétente, préalablement au lancement de l'appel d'offres, suivant une évaluation administrative du projet.

Cet examen donne lieu dans un délai de quinze (15) jours, à une décision (visa) de la commission des marchés compétente.

Au delà de ce délai, le projet de cahier des charges est considéré comme approuvé.



**Article 119 :** La commission ministérielle des marchés est compétente dans les conditions prévues par l'article 2 du présent décret pour l'examen, dans la limite des seuils fixés à l'article 130 ci-dessous, des marchés passés par :

- l'administration centrale du ministère
- les établissements publics à caractère administratif sous tutelle
- les centres de recherche et de développement
- les établissements publics spécifiques à caractère scientifique et technologique
- les établissements publics à caractère scientifique culturel et professionnel
- les établissements publics à caractère industriel et commercial
- la commission ministérielle des marchés est composée:
- du ministre concerné ou de son représentant président ;
- d'un représentant du service contractant
- d'un représentant du ministre chargé du commerce
- de deux (02) représentants compétents du ministre chargé des finances, services du budget et du trésor.

**Article 120 :** La commission des marchés de wilaya est composée:

- du wali ou de son représentant, président
- de trois (03) représentants de l'assemblée populaire de wilaya
- du directeur de wilaya des travaux publics
- du directeur de wilaya de l'hydraulique
- du directeur de wilaya de l'habitat et de l'urbanisme
- du directeur de wilaya du service technique concerné par la prestation
- du directeur de wilaya de la concurrence et des prix
- du trésor de wilaya
- du contrôleur financier

**Article 121 :** La commission, des marchés de wilaya est compétence pour l'examen.

Les marchés dont le montant est égal ou inférieur aux seuils fixés par l'article 130 ci-dessous, passés par :

La wilaya et les établissements publics à caractère administratif sous tutelle.

Les établissements publics à caractère administratif de ministère à compétence locale.

Les établissements publics à caractère industriel et commercial à compétence locale.

Des marchés passés par la commune et ses établissements publics à caractère administratif dont le montant est égal ou supérieur à cinquante millions de dinars (50.000.000 DA) pour les marchés de travaux et de fournitures, et à vingt millions de dinars (20.000.000DA) pour les marchés d'études et de services.

**Article 122 :** La commission communale des marchés compétente dans les conditions prévues par l'article 2 du présent décret pour l'examen des projets de marchés passés par la commune et les établissements publics à caractère administratif et des établissements publics à caractère administratif sous-tutelle dans la limite du seuil fixé à l'alinéa 2 de l'article 121 ci-dessus, est composée :

du président de l'assemblée populaire communale ou de son représentant, président,

d'un représentant du service contractant,

de deux (2) représentants de l'assemblée populaire communale,

du receveur des impôts,

d'un représentant du service technique intéressé par la prestation,

**Article 123 :** A l'exception de ceux désignés es qualité, les membres des commissions des marchés et leurs suppléants sont nommément désignés en cette qualité par leur administration pour une durée de trois (3) ans renouvelables.

Les membres représentant le service contractant et le service bénéficiaire des prestations siègent ponctuellement et en fonction de l'ordre du jour. Le représentant du service contractant est chargé de fournir à la commission des marchés toutes les informations nécessaires à la compréhension du marché dont il assure la présentation.

**Article 124 :** La commission des marchés du service contractant doit obligatoirement être pourvue d'un règlement intérieur élaboré par la commission nationale des marchés.

Ce règlement intérieur précisera les modalités de fonctionnement de l'organe de contrôle considéré

**Article 125 :** L'exercice du contrôle par la commission des marchés du service contractant est sanctionné par l'octroi de refus visa donné dans les vingt (20) jours à compter du dépôt du dossier complet auprès du secrétariat de cette commission.

#### **Sous-section**

#### **Compétente et composition de la Commission Nationale des marchés**

**Article 126 :** Il est institué une commission nationale des marchés.

**Article 127 :** Les attributions de la commission nationale des marchés sont :

- la participation à la programmation et à orientation des commandes publiques, conformément à la politique définie par le gouvernement;

- la participation à l'élaboration de la réglementation des marchés publics.

- le contrôle de la régularité des procédures de passation et d'attribution des marchés d'importance nationale.

**Article 128 :** En matière de programmation et d'orientation des commandes publiques, la commission nationale des marchés, émet toute recommandation permettant une meilleure utilisation des capacités nationale de production et de services, tendant notamment à la rationalisation et à la standardisation des commandes publiques.

**Article 129 :** En matière de réglementation, la commission nationale des marchés,

- propose toute mesure de nature à améliorer les conditions de passation des marchés. En outre, elle contribue à la mise en ouvre de toute mesure nécessaire à l'amélioration des conditions de conclusions et d'exécution des marchés ;

- examine, préalablement à leur adoption, les cahiers des clauses générales, les cahiers des prescriptions communes et les

modèles des marchés types de travaux, fournitures, d'études et de services;

- examine tout recours introduit par le cocontractant avant toute action en justice, sur les litiges nés à l'occasion de l'exécution d'un marché,

- formule tout avis sur les projets d'homologation des indices de salaires et matières utilisés dans les formules de révision des prix;

- est saisie des difficultés nées de l'application des présentes dispositions relatives au contrôle externe et veille à l'application uniforme des règles édictées par le présent décret,

- A cet effet, elle peut être consultée par l'organe de contrôle ou le service contractant; elle élabore et propose un règlement intérieur-type régissant le fonctionnement des commissions des marchés, visé à l'article 124 du présent décret,

**Article 130:** En matière de contrôle, la commission se prononce sur tout marché,  
- de travaux dont le montant est supérieur à deux cent millions de dinars (20.000.000 DA) ainsi que tout avenant à ce marché;  
- de fournitures dont le montant est supérieur à cent millions de dinars (100.000.000DA) ainsi que tout avenant à ce marché;  
- d'études et de service dont le montant est supérieur à soixante millions de dinars (60.000.000DA) ainsi que tout avenant à ce marché;  
- tout marché contenant la clause prévue à l'article 93 du présent décret et dont l'application est susceptible de porter le montant initial à ceux fixés ci-dessus et au delà;  
- tout avenant qui porte le montant des marchés, présidée par le ministre chargé des finances ou son représentant, est composé d'un représentant de chaque ministère;

- Toutefois, le ministre chargé des finances et le ministre des travaux publics, disposent chacun, de deux représentants;  
**Article 131:** La commission nationale des marchés, présidée par le ministre chargé des finances ou son représentant, est composée d'un représentant de chaque ministère;

Toutefois, le ministre chargé des finances et le ministre des travaux publics, disposent chacun de deux représentants;  
**Article 132:** Les membres de la commission nationale des marchés et leurs suppléants sont désignés nommément par arrêté du ministre des finances, sur proposition du ministre ou de l'autorité correspondance dont ils dépendent, ils sont choisis en raison de leur compétence; La commission nationale des marchés est renouvelée par un tiers (1/3) tous les trois ans.

**Article 133:** Le représentant du service contractant, avec voix consultative, siège ponctuellement à la commission nationale des marchés, il est chargé de fournir toutes informations nécessaires à la compréhension du marché dont il assure la présentation.

**Article 134:** L'exercice du contrôle par la commission nationale des marchés est sanctionné par l'attribution d'un visa émis dans les 30 jours au plus tard à compter du dépôt du dossier complet auprès du secrétariat de cette commission;

**Article 135:** La commission nationale des marchés adopte son règlement intérieur qui est approuvée par arrêté du ministre chargé des finances.

### Sous-section 3 Dispositions communes

**Article 136:** La commission nationale des marchés et la commission des marchés du service contractant, l'une et l'autre ci-dessus dénommées " la commission " se réunissent à l'initiative de leur président,

**Article 137:** La commission peut faire appel, à titre consultatif, à toute personne experte susceptible d'éclairer ses travaux;

**Article 138:** La commission ne peut siéger valablement qu'en présence de la majorité absolue de ses membres, Quant ce quorum n'est pas atteint, elle se réunit à nouveau dans le huit (8) jours qui suivent et délibère valablement, quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont toujours prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante;

**Article 139:** Les membres de la commission sont tenus de participer personnellement aux réunions de celle-ci, ils ne peuvent se faire représenter que par leurs suppléants,

**Article 140:** Des indemnités sont attribuées aux membres des commissions des marchés et au responsable chargé du secrétariat,

**Article 141:** Un membre de la commission est désigné par le président, en vue de la présentation à la commission d'un rapport d'analyse du dossier. A cet effet, l'ensemble du dossier lui est transmis au moins huit (8) jours avant la tenue de la réunion prévue pour l'examen du dossier.

En ce qui concerne les marchés examinés par la commission nationale des marchés, le rapport d'analyse du dossier est présenté par un fonctionnaire du ministère chargé des finances ou en tant que de besoin par un expert. Le fonctionnaire est désigné spécifiquement pour chaque dossier par le président de la commission nationale des marchés,

**Article 142:** Toute personne siégeant à la commission, à quelque titre que se soit, est tenue au secret professionnel;

**Article 143:** La commission est un centre de décision en matière de contrôle des marchés relevant de sa compétence. A ce titre, elle délivre un visa dans le cadre de la mise en vigueur du marché,

**Article 144:** Le visa de la commission peut être accordé ou refusé,

En cas de refus, celui-ci doit être motivé; en tout état de cause, tout manquement constaté par la commission à la législation et/ou à la réglementation en vigueur constitue un motif de refus de visa,

Le visa peut être assorti de réserves suspensives ou non suspensives,

Les réserves sont suspensives lorsqu'elles s'attachent au fond du marché, les réserves non suspensives sont celles qui s'attachent à la forme du marché,

Le marché est soumis, dès son approbation par l'autorité compétente, qui aura apuré au préalable, les réserves éventuelles accompagnant le visa délivré par l'organe de contrôle externe a priori compétent, aux organes financiers, en vue de l'engagement de la dépense, avant sa mise en exécution.

Par ailleurs, le marché peut faire l'objet d'un report pour complément d'information; dans ce cas les délais sont suspendus et ne recommencent à courir qu'à compter du jour où le complément d'information demandé est fourni.

Dans tous les cas et au plus tard, dans les huit (8) jours après la tenue de la séance, les décisions visées au présent article doivent être notifiées au service contractant concerné ainsi qu'à son autorité de tutelle.

La mise en vigueur du marché ou de l'avenant visé par la commission compétente doit intervenir au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date de délivrance du visa. Passé ce délai, ledit marché ou avenant est soumis de nouveau à l'examen de la commission compétente.

**Article 145:** Le visa doit obligatoirement être sollicité par le service contractant.

Le visa global par les commissions des marchés s'impose au service contractant, au contrôleur financier et au comptable assignataire.

Lorsque le service contractant renonce à la passation d'un marché ayant fait l'objet d'un visa, il doit en informer obligatoirement la commission compétente.

**Article 146:** Une fiche analytique de chaque marché comportant les éléments essentiels à l'exercice de leur mission, est communiquée aux membres de la commission. Cette fiche, établie par le règlement contractant, conformément à un modèle fixé par le règlement intérieur, est transmise dans un délai minimal de huit (8) jours avant la tenue de la réunion de la commission.

**Article 147:** Si le visa n'est pas émis dans les délais limites, le service contractant saisit le président qui réunit la commission nationale des marchés dans les huit (8) jours. Celle-ci statue, séance tenante, à la majorité simple des membres présents.

**Article 148:** Le secrétariat permanent de la commission, placé sous l'autorité du président de la commission, assure l'ensemble des tâches matérielles nécessitées par sa fonction et notamment celles énumérées ci-après.

La vérification que le dossier présenté est complet par référence aux dispositions du présent décret et précisées par le règlement intérieur; l'enregistrement des dossiers du marché et des avenants ainsi que tout document complémentaire pour lequel le règlement intérieur;

l'établissement de l'ordre du jour;

la convocation des membres de la commission, des représentants du service contractant et des consultants éventuels.

la transmission des dossiers aux rapporteurs;

la transmission de la fiche analytique du marché aux membres de la commission;

la rédaction des visas, notes et procès-verbaux de séance;

l'élaboration des rapports trimestriels d'activité;

l'accès, pour les membres de la commission, aux informations et documents qu'il détient;

le suivi de l'apurement des réserves non suspensives visées à l'article 144 du présent décret.

**Article 149:** En cas de refus de visa par la commission de marché;

Le ministre concerné, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée dont il tient informé le ministre chargé des finances;

Le wali, dans les limites de ses attributions, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée dont il informe les ministres de l'intérieur et des collectivités locales et des finances;

Le président de l'assemblée populaire communale dans les limites de ses attributions, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée dont il informe le wali compétent;

Dans tous les cas, une copie de la décision de passer outre est transmise à la commission nationale des marchés, à la commission concernée et à la cour des comptes;

**Article 150:** En cas de refus de visa par la commission nationale des marchés, le ministre concerné, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée;

Une copie de la décision de passer outre est communiquée au ministre chargé des finances et à la cour des comptes;

**Article 151:** La décision de passer outre ne peut intervenir en cas de refus de visa motivé par la non conformité à des dispositions législatives;

La décision de passer outre peut intervenir en cas de refus de visa motivé par la non conformité à des dispositions réglementaires.

En tout état de cause, une décision de passer outre ne peut intervenir après un délai de quatre vingt dix (90) jours, à compter de la date de notification du refus de visa;

#### **TITRE VI DISPOSITIONS DIVERSES**

**Article 152:** Le non respect des dispositions du présent décret expose aux sanctions prévues par la législation en vigueur;

**Article 153:** Les dispositions de l'ordonnance n°67-90 du 17 juin 1967 portant code des marchés publics et du décret exécutif n° 91-434 du 9 novembre 1991 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété sont abrogées .

**Article 154:** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

Le Président de la République ;  
Sur le rapport du ministre des finances,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 77 – 6° et 125 (alinéa 1<sup>er</sup>) ;  
Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure civile ;  
Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de procédure civile ;  
Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de procédure civile ;  
Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988, modifiée, portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques ;  
Vu la loi n° 90- 08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;  
Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;  
Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail ;  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990, modifiée et complétée, relative à la comptabilité publique ;  
Vu la loi n° 90-22 du 18 août 1990, modifiée et complétée, relative au registre de commerce ;  
Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la cour des comptes ;  
Vu l'ordonnance n° 96-31 du 19 Chaâbane 1417 correspondant au 30 décembre 1996 portant loi de finances pour 1997, notamment son article 62 ;  
Vu la loi n° 99-05 du 18 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 4 avril 1999 portant loi d'orientation sur la recherche scientifique ;  
Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la concurrence ;  
Vu le décret n° 84-116 du 12 mai 1984 portant création du bulletin officiel des marchés de l'opérateur public ;  
Vu le décret présidentiel n° 02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics ;  
Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 92-414 du 14 novembre 1992 relatif au contrôle préalable des dépenses engagées ;  
Vu le décret exécutif n° 93-46 du 6 février 1993 fixant les délais de paiement des dépenses de recouvrement, des ordres de recettes et des états exécutoires et la procédure d'admission en non-valeur ;  
Vu le décret exécutif n° 93-289 du 14 Joumada Ethania 1414 correspondant au 28 novembre 1993 portant obligation pour toutes les entreprises intervenant dans le cadre de la réalisation des marchés publics du bâtiments, des travaux publics et de l'hydraulique d'être titulaire du certificat de qualification et de classification professionnelles ;  
Vu le décret exécutif n° 98-67 du 24 Chaouel 1418 correspondant au 21 février 1998 portant création, organisation et fonctionnement de la caisse de garantie des marchés publics ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter le décret présidentiel n° 02 – 250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé.

**Article 2** : L'article 5 du décret présidentiel n° 02-250 du Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, est modifié et complété comme suit :

"Art. 5" Tout contrat ou commande dont le montant est égal ou inférieur à six millions de dinars (6.000.000 DA) pour les prestations de travaux ou de fournitures, et quatre millions de dinars (4.000.000 DA) pour les prestations d'études ou de services ne donne pas lieu, obligatoirement, à passation de marché au sens du présent décret.

Les montants ci-dessus sont exprimés en toutes taxes.

Les montants ci-dessus peuvent être actualisés périodiquement par arrêté du ministre des finances, en fonction du taux d'inflation officiellement enregistré.

Les commandes visées ci-dessus doivent faire l'objet d'une consultation pour le choix de la meilleure offre.

Toutefois, si au cours d'un même exercice budgétaire, le service contractant est contraint de passer plusieurs commandes portant sur des prestations de même nature auprès du même partenaire, et que les montants cités ci-dessus dépassés, il est passé, dès lors, un marché dans lequel sont intégrées les commandes antérieurement exécutées, qui sera soumis à l'organe compétent de contrôle externe des marchés."

**Article 3** : L'alinéa 2 de l'article 12 du décret présidentiel n° 02-250 du Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 Juillet 2002, susvisé, est modifié comme suit :

"Art. 12. - .....

Le fractionnement de l'opération en lots ne peut être autorisé conformément au cahier des charges de l'appel d'offre et à la structure de l'autorisation de programme tel que défini par la décision d'inscription établie par l'ordonnateur concerné."

**Article 4** : L'article 38 du décret présidentiel n° 02-250 du 13 Djoumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, est complété *in fine* comme suit :

"Art. 38. – .....

Pour les opérations réalisées dans le cadre d'accords bilatéraux de financement concessionnel, de conversion de dettes en projets de développement ou de dons, lorsque lesdits accords de financement le prévoient.

Dans le cas, le service contractant peut limiter la consultation aux seules entreprises du pays bailleur de fonds.»

**Article 5** : L'article 43 du décret présidentiel n° 02 –250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé. Est complété *in fine* comme suit :

"Art. 43. – .....

Les appels d'offres des wilayas et communes et de leurs établissements publics à caractère administratif (EPA) sous tutelle sur des marchés de travaux ou de fournitures et d'études ou de services, dont le montant, suivant une évaluation administrative, est égal ou inférieur, respectivement, à cinquante millions de dinars (50.000.000 DA) et vingt millions de dinars (20.000.000 DA), peuvent faire l'objet d'une publicité locale selon les modalités ci-après :

La publication de l'avis d'appel d'offres dans deux quotidiens locaux ou régionaux ;

L'affichage de l'avis d'appel d'offres aux sièges concernés :

De la wilaya ;

De l'ensemble des communes de la wilaya ;

Des chambres de commerce et d'industrie, des métiers et de l'agriculture ;

De la direction technique concerné de la wilaya".

**Article 6** : L'article 44 du décret présidentiel n°02 – 250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, est complété *in fine* comme suit :

"Art. 44. – .....

Le délai de dépôt des offres commence à courir à compter de la date de la première parution de l'avis d'appel d'offres dans le BOMOP ou les quotidiens nationaux, régionaux ou locaux visés ci-dessus".

**Article 7 :** L'article 45 du décret présidentiel n° 02 – 250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, est modifié comme suit :

"Art. 45" : Les soumissions doivent comporter :

Une lettre de soumission ;

Une déclaration à souscrire.

Les modèles de la lettre de soumission et de la déclaration à souscrire sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances.

L'offre proprement dite est établie conformément au cahier des charges.

Une caution de soumission pour les marchés de travaux et de fournitures qui ne pourrait en aucun cas être inférieure à 1% du montant de la soumission.

La caution du soumissionnaire non retenu et qui n'introduit pas de recours est restituée un jour après la date de publication de l'avis d'attribution provisoire du marché.

La caution de soumission de l'attributaire du marché est libérée à la date de la mise en place de la caution de bonne exécution.

Tous les documents ..... (.....Le reste sans changement .....)".

**Article 8 :** L'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 49 du décret présidentiel n° 02 – 250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, est modifié comme suit :

"Art. 49" : Lorsque l'intérêt de l'opération le justifie, et si le cahier des charges de l'appel d'offres et structure de l'autorisation de programme le prévoient, le service contractant peut confier la réalisation d'un projet, en lots uniques ou séparés, à plusieurs partenaires, chacun d'entre eux intervenant pour la réalisation d'une partie du projet".

**Article 9 :** L'article 118 du décret présidentiel n° 02 – 250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, est complété *in fine* comme suit :

"Art. 118. – .....

Le service contractant est dispensé du visa préalable de la commission des marchés compétente pour les opérations à caractère répétitif, lancées sur la base d'un cahier des charges-type déjà approuvé".

**Article 10 :** L'article 120 du décret présidentiel n° 02 – 250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, est modifié et complété comme suit :

"Art. 120" La commission des marchés de wilaya est composée :

du wali ou de son représentant, président ;

de trois (3) représentants de l'assemblée populaire de wilaya ;

du directeur de wilaya des travaux publics ;

du directeur de wilaya de l'hydraulique ;

du directeur du logement et des équipements publics ;

du directeur de la planification et de l'aménagement du territoire ;

du directeur de wilaya du service technique concerné par la prestation ;

du directeur de wilaya de la concurrence et des prix ;

du trésorier de wilaya ;

du contrôleur financier".

**Article 11 :** L'article 130 du décret présidentiel n° 02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, est modifié comme suit :

"Art. 130" En matière de contrôle, la commission se prononce sur tout marché :

de travaux, dont le montant est supérieur à deux cent cinquante millions de dinars (250.000.000 DA) ainsi que tout avenant à ce marché".

...(Le reste sans changement .....)".

**Article 12 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 14 Rajab 1424 correspondant au 11 septembre 2003.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**



Le Président de la République,  
Sur le rapport du ministre des finances,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1er) ;  
Vu l'ordonnance n°03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003, modifiée et complétée, relative à la concurrence ;  
Vu la loi n°04-02 du 5 Joumada El Oula 1425 correspondant au 23 juin 2004 fixant les règles applicables aux pratiques commerciales ;  
Vu la loi n°06-01 du 21 Moharram 1427 correspondant au 20 février 2006 relative à la prévention et à la lutte contre la corruption ;  
Vu le décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, modifié et complété, portant réglementation des marchés publics ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>.** Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter le décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, modifié et complété, portant réglementation des marchés publics.

**Article 2:** Les dispositions de l'article 2 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« Art. 2. Les dispositions du présent décret sont applicables exclusivement aux marchés, objet des dépenses :

- des administrations publiques ;
- des institutions nationales autonomes ;
- des wilayas ;
- des communes ;
- des établissements publics à caractère administratif ;
- des centres de recherche et de développement, des établissements publics spécifiques à caractère scientifique et technologique, des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, des établissements publics à caractère scientifique et technique, des établissements publics à caractère industriel et commercial et des entreprises publiques économiques, lorsque ceux-ci sont chargés de la réalisation d'une opération financée, totalement ou partiellement, sur le budget de l'Etat ; ci-dessous désignés par « service contractant ».

Les contrats passés entre deux administrations publiques ne sont pas soumis aux dispositions du présent décret ».

**Article 3:** Il est créé, dans le décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, un article 2 bis rédigé comme suit :

« Art. 2 bis. . En vue d'assurer l'efficacité de la commande publique et la bonne utilisation des fonds publics, les marchés publics soumis aux dispositions du présent décret doivent respecter les principes de liberté d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures ».

**Article 4:** Les dispositions de l'article 5 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« Art. 5. . Tout contrat ou commande dont le montant est égal ou inférieur à huit millions de dinars (8.000.000 DA) pour les prestations de travaux ou de fournitures, et quatre millions de dinars (4.000.000 DA) pour les prestations d'études ou de services ne donne pas lieu, obligatoirement, à passation de marché au sens du présent décret.

Les montants ci-dessus sont exprimés en toutes taxes.

Les montants ci-dessus peuvent être actualisés périodiquement par arrêté du ministre chargé des finances, en fonction du taux d'inflation officiellement enregistré.

Les commandes visées ci-dessus doivent faire l'objet d'une consultation pour le choix de la meilleure offre.

Toutefois, si au cours d'un même exercice budgétaire, le service contractant est contraint de passer plusieurs commandes portant sur des prestations de même nature auprès du même partenaire, et que les montants cités ci-dessus sont dépassés, il est passé, dès lors, un marché dans lequel sont intégrées les commandes antérieurement exécutées, qui sera soumis à l'organe compétent de contrôle externe des marchés.

Lorsque le service contractant ne peut conclure un marché, conformément à l'alinéa précédent, et le soumettre à l'organe de contrôle, externe a priori, au cours de l'exercice budgétaire considéré, pour les opérations d'acquisition de fournitures et de services, de type courant, et à caractère répétitif, un marché de régularisation est établi, à titre exceptionnel, durant l'année suivante.

La liste des prestations et fournitures visées ci-dessus est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre concerné ».

**Article 5:** Le dernier alinéa de l'article 6 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, est modifié comme suit :

« Art. 6. . . . .

En tout état de cause, un marché de régularisation est établi dans un délai de trois (3) mois à compter du commencement d'exécution, lorsque l'opération dépasse les montants cités à l'article 5 ci-dessus, et est soumis à l'organe compétent de contrôle externe des marchés ».

**Article 6:** Les dispositions de l'article 9 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont complétées in fine comme suit :

« Art. 9. . . . .

Les cahiers des charges doivent contenir les mentions appropriées pour informer les soumissionnaires des termes des clauses de travail ».

**Article 7:** Les dispositions de l'article 12 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 12. . La réalisation de l'objectif visé à l'article 10 ci-dessus, peut s'effectuer sous forme de lot unique ou de lots séparés. Le lot unique est attribué à un partenaire cocontractant unique, tel que défini à l'article 16 du présent décret.

Le fractionnement de l'opération en lots ne peut être autorisé que conformément au cahier des charges de l'appel d'offres et à la structure de l'autorisation de programme tel que défini par la décision d'inscription établie par l'ordonnateur concerné ».

**Article 8:** L'alinéa 2 de l'article 14 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 Juillet 2002, susvisé, est modifié comme suit :

« Art. 14. . . . .

La convention définit la nature et l'importance des prestations à réaliser, la localisation, le montant du contrat programme et l'échéancier de réalisation.

..... (..... le reste sans changement .....) ».

**Article 9:** Les dispositions de l'article 38 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« Art. 38. . Le service contractant a recours au gré à gré après consultation dans les cas suivants :

- quand l'appel à la concurrence s'avère infructueux, si aucune offre n'est réceptionnée ou si les offres reçues, après leur évaluation, ne sont pas conformes au cahier des charges de l'appel d'offres ou n'ont pas atteint le seuil de préqualification technique ;
- pour les marchés d'études, de fournitures et de services spécifiques dont la nature ne nécessite pas le recours à un appel d'offres ;
- pour les marchés de travaux relevant directement des institutions nationales de souveraineté de l'Etat.
- La liste de ces études, fournitures, services et travaux est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre ou de l'autorité de l'institution nationale de souveraineté concerné ;
- pour les opérations réalisées dans le cadre de la stratégie de coopération du Gouvernement, ou d'accords bilatéraux de financement concessionnels, de conversion de dettes en projets de développement ou de dons, lorsque lesdits accords de financement le prévoient.

Dans ce cas, le service contractant peut limiter la consultation aux seules entreprises du pays concerné pour le premier cas ou le pays bailleur de fonds pour les autres cas ».

**Article 10:** Les dispositions de l'article 40 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 40. . L'avis d'appel d'offres doit comporter les mentions obligatoires suivantes :

- la raison sociale et l'adresse du service contractant ;
- le mode d'appel d'offres (ouvert ou restreint national et/ou international), l'adjudication ou le cas échéant le concours ;
- l'objet de l'opération ;
- les pièces exigées des candidats par le service contractant ;
- la date et le lieu de dépôt des offres ;
- l'obligation de caution, s'il y a lieu ;
- la présentation sous double pli cacheté avec mention « à ne pas ouvrir » et les références de l'appel d'offres ;
- le prix de la documentation, le cas échéant ».

**Article 11:** Les dispositions de l'article 42 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 42. . La documentation relative à l'appel d'offres ouvert restreint et la consultation sélective mise à la disposition des candidats, contient tous les renseignements nécessaires leur permettant de présenter des soumissions acceptables, notamment :

- la description précise de l'objet des prestations demandées ou de toutes exigences y compris les spécifications techniques, la certification de conformité et les normes auxquelles les produits ou services doivent satisfaire ainsi que, le cas échéant les plans, dessins et instructions nécessaires ;
- les conditions à caractère économique et technique, et, selon le cas, les garanties financières ;
- les renseignements ou pièces complémentaires exigées des soumissionnaires ;
- la ou les langues à utiliser pour la présentation des soumissions et documents d'accompagnement ;
- les modalités de paiement ;
- toutes autres modalités et conditions fixées par le service contractant auxquelles doit être soumis le marché ;
- le délai accordé pour la préparation des offres ;
- la date de dépôt des offres et la formalité faisant foi à cet effet ;
- l'adresse précise où doivent être déposées les soumissions ».

**Article 12:** Les dispositions de l'article 44 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 44. . La date de dépôt des offres est fixée en fonction d'éléments tels que la complexité de l'objet du marché projeté et le temps normalement nécessaire pour la préparation des offres et l'acheminement des soumissions.

Le service contractant peut, quand les circonstances le justifient, reporter la date de dépôt des offres.

Dans ce cas, il en informe les candidats par tout moyen.

La date de dépôt des offres est fixée par le service contractant et publiée dans le bulletin officiel des marchés de l'opérateur public et l'avis de presse, elle est insérée dans le cahier des charges, où sont mentionnés le jour de dépôt des offres et l'heure de l'ouverture des plis techniques et financiers des offres.

En tout état de cause, la date fixée doit permettre à la concurrence, la plus large possible, de jouer pleinement ».

**Article 13:** Les dispositions de l'article 45 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« Art. 45. . Les soumissions doivent comporter :

1. - **Une offre technique qui contient :**

- une déclaration à souscrire ;
- une caution de soumission pour les marchés de travaux et de fournitures, relevant de la compétence des commissions nationales des marchés, supérieure à 1 % du montant de la soumission, à prévoir dans les cahiers des charges des appels d'offres relevant de la compétence de ces commissions, conformément à l'article 118 ci-dessous.

La caution du soumissionnaire non retenu, et qui n'introduit pas de recours, est restituée un jour après la date de publication de l'avis d'attribution provisoire du marché.

La caution du soumissionnaire non retenu, et qui introduit un recours, est restituée, à la notification, par la commission des marchés compétente, de la décision de rejet du recours.

La caution de soumission de l'attributaire du marché est libérée à la date de la mise en place de la caution de bonne exécution ;

- l'offre technique proprement dite établie conformément au cahier des charges de l'appel d'offres ;
- tous les documents intéressant la qualification du soumissionnaire dans le domaine concerné (certificat de qualification et de classification pour les marchés de travaux et l'agrément pour les marchés d'études), ainsi que les références professionnelles ;
- tous autres documents exigés par le service contractant, tels que les statuts de l'entreprise soumissionnaire, le registre de commerce, les bilans financiers et les références bancaires ;
- les attestations fiscales et les attestations d'organismes de sécurité sociale pour les soumissionnaires nationaux et les soumissionnaires étrangers ayant travaillé en Algérie.

Toutefois, dans le cas des opérations de réalisation de travaux, ces attestations peuvent être fournies après la remise des offres avec l'accord du service contractant, et en tout état de cause, avant la signature du marché ;



- un extrait du casier judiciaire du soumissionnaire lorsqu'il s'agit d'une personne physique, et du gérant ou du directeur général de l'entreprise lorsqu'il s'agit d'une société.

Cette dernière disposition ne s'applique pas aux entreprises étrangères non résidentes en Algérie.

**2. - Une offre financière qui contient :**

- la soumission ;
- le bordereau des prix unitaires ;
- le détail estimatif et quantitatif.

Les modèles de la lettre de soumission et de la déclaration à souscrire sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances ».

**Article 14:** Les dispositions de l'article 50 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont complétées in fine, comme suit :

« Art. 50. ....

- les clauses de travail garantissant le respect de la législation du travail ;
- les clauses relatives à la protection de l'environnement ;
- les clauses relatives à l'utilisation de la main-d'œuvre locale ».

**Article 15:** Les dispositions de l'article 53 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 53. . Si un délai supérieur à la durée de préparation des offres sépare la date de dépôt des offres et celle de l'ordre de commencer l'exécution de la prestation et si les circonstances économiques l'exigent, il peut être consenti une actualisation des prix dont le montant est fixé, d'un commun accord, conformément à l'article 54 du présent décret.

Le service contractant peut procéder à l'actualisation des prix d'un marché conclu selon la procédure de gré à gré, à l'expiration du délai de validité des prix prévus dans la soumission, qui sépare la date de signature du marché par le partenaire cocontractant et la date de notification de commencement de la prestation, les indices de base (io) à prendre en considération sont ceux du mois de la date de fin de validité des prix ».

**Article 16:** Les dispositions de l'article 93 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 93. . L'avenant, au sens de l'article 90 ci-dessus, n'est pas soumis à l'examen des organes de contrôle externe a priori, lorsque son objet ne modifie pas la dénomination des contractants, les garanties techniques et financières, le délai contractuel et lorsque son montant ou le montant cumulé des différents avenants, qu'il soit en augmentation ou en diminution, ne dépasse pas :

- 20% du marché initial, pour les marchés relevant de la compétence de la commission des marchés du service contractant ;
- 10% du marché initial, pour les marchés relevant de la compétence des commissions nationales des marchés ».

**Article 17:** Les dispositions de l'article 101 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 Juillet 2002, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« Art. 101. . Outre les droits de recours prévus par la législation en vigueur, le soumissionnaire qui conteste le choix opéré par le service contractant dans le cadre d'un avis d'appel d'offres, peut introduire un recours dans les dix (10) jours à compter de la première publication de l'avis d'attribution provisoire du marché, dans le bulletin officiel des marchés de l'opérateur public ou la presse, auprès de la commission des marchés compétente dans la limite des seuils fixés aux articles 121 et 130 ci-dessous.

La commission des marchés compétente donne un avis dans un délai de quinze (15) jours, à compter de l'expiration du délai de dix (10) jours fixé ci-dessus.

Cet avis est notifié au service contractant et au requérant.

Le projet de marché ne peut-être soumis à l'examen de la commission des marchés compétente qu'au terme d'un délai de trente (30) jours à compter de la date de publication de l'avis d'attribution provisoire du marché, correspondant aux délais impartis respectivement, au recours, à l'examen du recours par la commission des marchés compétente et à la notification.

En cas de recours, la commission des marchés compétente, dont la composition est fixée par les articles 119, 120 et 122 ci-dessous, se réunit en présence du représentant du service contractant avec voix consultative.

Les recours, pour les marchés relevant de la compétence de la commission des marchés des établissements publics, centres de recherche et de développement ou des entreprises publiques, cités à l'article 2 ci-dessus, sont introduits auprès de la commission des marchés du ministère, pour les marchés engagés auprès du contrôleur financier du ministère ou de la Banque Algérienne de Développement, et de la commission des marchés de wilaya, pour ceux engagés auprès du contrôleur financier de la wilaya ou du trésorier communal.

L'avis d'attribution provisoire du marché doit indiquer la commission des marchés compétente pour l'examen du recours ».

**Article 18:** Les dispositions de l'article 102 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 102. . Les litiges nés à l'occasion de l'exécution du marché sont réglés dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Sans préjudice de l'application de ces dispositions, le service contractant doit, néanmoins, rechercher, une solution amiable aux litiges nés de l'exécution de ces marchés chaque fois que cette solution permet :

- de retrouver un équilibre des charges incombant à chacune des parties ;
- d'aboutir à une réalisation plus rapide de l'objet du marché ;
- d'obtenir un règlement définitif plus rapide et moins onéreux.

En cas d'accord des deux parties, celui-ci fera l'objet d'une décision du ministre, du wali ou du président de l'assemblée populaire communale selon la nature des dépenses à engager dans le marché.

Cette décision est exécutoire, nonobstant l'absence de visa de l'organe de contrôle externe a priori.

Le partenaire cocontractant peut introduire, avant toute action en justice, un recours auprès de la commission nationale des marchés compétente, qui donne lieu, dans les trente (30) jours à compter de son introduction, à une décision.

Cette décision s'impose au service contractant, nonobstant l'absence de visa de l'organe de contrôle externe a priori, dans les conditions définies par les dispositions du décret exécutif n°91-314 du 7 septembre 1991 relatif à la procédure de réquisition des comptables publics par les ordonnateurs ».

**Article 19:** Les dispositions de l'article 108 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 108. . La commission d'ouverture des plis a pour mission :

- de constater la régularité de l'enregistrement des offres sur un registre ad hoc ;
- de dresser la liste des soumissionnaires dans l'ordre d'arrivée, avec l'indication du contenu et des montants des propositions ;
- de dresser une description détaillée des pièces constitutives de chaque offre ;
- de dresser, séance tenante, le procès-verbal signé par tous les membres présents de la commission, qui doit contenir les réserves éventuelles formulées par les membres de la commission.

La commission d'ouverture des plis dresse, le cas échéant, un procès-verbal d'infructuosité signé par les membres présents, dans le cas où aucune offre n'est réceptionnée ».

**Article 20:** Les dispositions de l'article 109 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 109. . L'ouverture, en séance publique, des plis techniques et financiers, en présence de l'ensemble des soumissionnaires, préalablement informés, intervient à la date de dépôt des offres prévue à l'article 44 ci-dessus.

Les résultats de l'évaluation des offres techniques et financières sont communiqués dans l'avis d'attribution provisoire du marché ».

**Article 21:** Les dispositions de l'article 111 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« Art. 111. . Il est institué auprès de chaque service contractant une commission d'évaluation des offres. Cette commission dont les membres sont désignés par décision du responsable du service contractant, composée de membres qualifiés choisis en raison de leur compétence, analyse les offres et, le cas échéant, les variantes d'offres en vue de dégager la ou les proposition (s) à soumettre aux instances concernées.

La qualité de membre de la commission d'évaluation des offres est incompatible avec celle de membre de la commission d'ouverture des plis. Cette commission élimine les offres non conformes à l'objet du marché et au contenu du cahier des charges.

Elle procède à l'analyse des offres restantes en deux phases sur la base de critères et de la méthodologie prévue dans le cahier des charges. Elle établit, dans une première phase, le classement technique des offres et élimine les offres qui n'ont pas obtenu la note minimale prévue au cahier des charges.

Les offres financières des soumissionnaires pré-qualifiés, seront dans une deuxième phase, examinées, pour retenir conformément au cahier des charges, soit l'offre la moins-disante, lorsqu'il s'agit de prestations courantes, soit l'offre économiquement la plus avantageuse, lorsqu'il s'agit de prestations techniquement complexes.

Toutefois, la commission d'analyse des offres peut proposer, au service contractant, le rejet de l'offre retenue,

Si elle établit que l'attribution du projet entraînerait une domination du marché par le partenaire retenu ou fausserait, de toute autre manière, la concurrence dans le secteur concerné.

Dans ce cas, le droit de rejeter une offre de cette nature, doit être dûment indiqué dans le cahier des charges de l'appel d'offres.

Si l'offre, la moins-disante, retenue provisoirement, paraît anormalement basse, le service contractant peut la rejeter par décision motivée après avoir demandé par écrit les précisions qu'il juge utiles et vérifié les justifications fournies ».

**Article 22:** Les dispositions de l'article 118 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 118. . Les projets de cahier des charges des appels d'offres sont soumis à l'examen de la commission des marchés compétente, préalablement au lancement de l'appel d'offres, suivant une évaluation administrative du projet.

Cet examen donne lieu dans un délai de quinze (15) jours, à une décision (visa) de la commission des marchés compétente.

Au-delà de ce délai, le projet de cahier des charges est considéré comme approuvé.

Le service contractant est dispensé du visa préalable de la commission des marchés compétente pour les opérations à caractère répétitif et/ou de même nature, lancées sur la base d'un cahier des charges-type déjà approuvé, dans la limite des seuils de compétence prévus par les articles 121 et 130 ci-dessous ».

**Article 23:** Les dispositions de l'article 119 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 119. . La commission ministérielle des marchés est compétente pour l'examen, dans la limite des seuils fixés à l'article 130 ci-dessous, des marchés passés par l'administration centrale.

La commission ministérielle des marchés est composée :

- du ministre concerné ou de son représentant, président ;
- d'un représentant du service contractant ;
- d'un représentant du ministre chargé du commerce ;
- de deux (2) représentants compétents du ministre chargé des finances, services du budget et du Trésor ».

**Article 24:** Il est créé, dans le décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, un article 119 bis rédigé comme suit :

« Art. 119 bis. . La commission des marchés des établissements publics, centres de recherche et de développement ou des entreprises publiques, cités à l'article 2 ci-dessus, compétente dans la limite des seuils fixés à l'article 130 ci-dessous, est composée :

- d'un représentant de l'autorité de tutelle, président ;
- du directeur général ou du directeur de l'établissement ou de l'entreprise ;
- d'un représentant du ministre des travaux publics ;
- d'un représentant du ministre des ressources en eau ;
- d'un représentant du ministre de l'habitat et de l'urbanisme ;
- d'un représentant du ministre du commerce ;
- de deux (2) représentants compétents du ministre chargé des finances, services du budget et du Trésor ».

**Article 25:** Les dispositions de l'article 121 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 121. . La commission des marchés de wilaya est compétente pour l'examen :

- des marchés passés par la wilaya, dont le montant est égal ou inférieur aux seuils fixés à l'article 130 ci-dessous ;
- des marchés passés par la commune et ses établissements publics à caractère administratif, dont le montant est égal ou supérieur à cinquante millions de dinars (50.000.000 DA) pour les marchés de travaux et de fournitures, et à vingt millions de dinars (20.000.000 DA) pour les marchés d'études et de services ».

**Article 26:** Les dispositions de l'article 122 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 122. . La commission communale des marchés compétente pour l'examen des marchés passés par la commune dans la limite des seuils fixés à l'article 121 ci-dessus, est composée :

- du président de l'assemblée populaire communale ou son représentant, président ;
- d'un représentant du service contractant ;
- de deux (2) élus représentants de l'assemblée populaire communale ;
- du trésorier communal ;
- d'un représentant du service technique intéressé par la prestation ».

**Article 27:** Il est créé dans le décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, un article 122 bis rédigé comme suit :

« Art. 122 bis. . La commission des marchés de l'établissement public local compétente pour l'examen des marchés dans la limite des seuils fixés à l'article 121 ci-dessus, est composée :

- du représentant de l'autorité de tutelle, président ;
- du directeur général ou du directeur de l'établissement ;

- d'un représentant du service technique intéressé par la prestation ;
- d'un représentant élu de l'assemblée de la collectivité locale concernée ;
- du trésorier communal ».

**Article 28:** Les dispositions de l'article 126 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 126. . Il est institué les commissions nationales des marchés suivantes :

- la commission nationale des marchés de travaux ;
- la commission nationale des marchés de fournitures, études et services ».

**Article 29:** Les dispositions de l'article 127 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 127. . Les attributions des commissions nationales des marchés sont :

- la participation à la programmation et à l'orientation des commandes publiques, conformément à la politique définie par le Gouvernement ;
- la participation à l'élaboration de la réglementation des marchés publics ;
- le contrôle de la régularité des procédures de passation et d'attribution des marchés d'importance nationale ».

**Article 30:** Les dispositions de l'article 128 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 128. . En matière de programmation et d'orientation des commandes publiques, les commissions nationales des marchés émettent toute recommandation permettant une meilleure utilisation des capacités nationales de production et de services, tendant notamment à la rationalisation et à la standardisation des commandes publiques ».

**Article 31:** Les dispositions de l'article 129 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 129. . En matière de réglementation, les commissions nationales des marchés :

- proposent toute mesure de nature à améliorer les conditions de passation des marchés. En outre, elles contribuent à la mise en œuvre de toute mesure nécessaire à l'amélioration des conditions de conclusion et d'exécution des marchés ;
- examinent, préalablement à leur adoption, les cahiers des clauses générales, les cahiers des prescriptions communes et les modèles de marchés-types de travaux, fournitures, d'études et de services ;
- examinent tout recours introduit par le cocontractant avant toute action en justice, sur les litiges nés à l'occasion de l'exécution d'un marché ;
- formulent tout avis sur les projets d'homologation des indices de salaires et matières utilisés dans les formules de révision des prix ;
- sont saisies des difficultés nées de l'application des présentes dispositions relatives au contrôle externe et veillent à l'application uniforme des règles édictées par le présent décret.

A cet effet, elles peuvent être consultées par l'organe de contrôle ou le service contractant. Elles élaborent et proposent un règlement intérieur-type régissant le fonctionnement des commissions des marchés, visé à l'article 124 du présent décret ».

**Article 32:** Les dispositions de l'article 130 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 130. . En matière de contrôle, la commission nationale des marchés de travaux se prononce sur :

- tout marché de travaux dont le montant est supérieur à quatre cent millions de dinars (400.000.000 DA) ainsi que tout avenant à ce marché ;
- tout marché contenant la clause prévue à l'article 93 du présent décret et dont l'application est susceptible de porter le montant initial à celui fixé ci-dessus et au-delà ;
- tout avenant qui porte le montant du marché de base au seuil fixé ci-dessus et au-delà ».

**Article 33:** Il est créé, dans le décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, un article 130 bis rédigé comme suit :

« Art. 130 bis. . En matière de contrôle, la commission nationale des marchés de fournitures, études et services se prononce sur tout marché :

- de fournitures dont le montant est supérieur à cent millions de dinars (100.000.000 DA) ainsi que tout avenant à ce marché ;
- d'études et de services dont le montant est supérieur à soixante millions de dinars (60.000.000 DA) ainsi que tout avenant à ce marché ;
- tout marché contenant la clause prévue à l'article 93 du présent décret et dont l'application est susceptible de porter le montant initial à ceux fixés ci-dessus et au-delà ;
- tout avenant qui porte le montant du marché de base aux seuils fixés ci-dessus et au-delà ».

**Article 34:** Les dispositions de l'article 131 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 131. . La commission nationale des marchés de travaux est composée comme suit :

- du ministre chargé des finances ou son représentant, président ;
- du représentant du ministre chargé des finances (division des marchés publics), vice-président ;
- de deux (2) représentants du ministre chargé des finances (direction générale du budget, direction générale de la comptabilité) ;
- du représentant du ministre de la défense nationale ;
- du représentant du ministre des affaires étrangères ;
- du représentant du ministre de l'intérieur et des collectivités locales ;
- du représentant du ministre des travaux publics ;
- du représentant du ministre des transports ;
- du représentant du ministre des ressources en eau ;
- du représentant du ministre de l'habitat et de l'urbanisme ;
- du représentant du ministre du commerce ;
- du représentant du ministre de l'industrie et de la promotion des investissements ;
- du représentant du ministre de la petite et moyenne entreprises et de l'artisanat ;
- du représentant du ministre de tutelle du service contractant, lorsque celui-ci n'est pas représenté au sein de la commission.

La commission nationale des marchés de fournitures, études et services est composée comme suit :

- du ministre chargé des finances ou son représentant, président ;

- du représentant du ministre chargé des finances (division des marchés publics), vice-président ;
- de deux (2) représentants du ministre chargé des finances (direction générale du budget, direction générale de la comptabilité) ;
- du représentant du ministre de la défense nationale ;
- du représentant du ministre des affaires étrangères ;
- du représentant du ministre de l'intérieur et des collectivités locales ;
- du représentant du ministre du commerce ;
- du représentant du ministre de l'éducation nationale ;
- du représentant du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;
- du représentant du ministre de l'enseignement et de la formation professionnels ;
- du représentant du ministre de l'industrie et de la promotion des investissements ;
- du représentant du ministre de la petite et moyenne entreprise et de l'artisanat ;
- du représentant du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;
- du représentant du ministre de tutelle du service contractant, lorsque celui-ci n'est pas représenté au sein de la commission ».

En cas d'absence ou d'empêchement de leurs présidents, les deux commissions nationales des marchés sont présidées par les deux vice-présidents sus-mentionnés.

**Article 35:** Les dispositions de l'article 132 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Jomada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 132. Les membres des commissions nationales des marchés et leurs suppléants sont désignés nommément par arrêté du ministre chargé des finances, sur proposition du ministre dont ils dépendent. Ils sont choisis en raison de leur compétence. Les commissions nationales des marchés sont renouvelées par un tiers (1/3) tous les trois (3) ans ».

**Article 36:** Les dispositions de l'article 133 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Jomada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 133. Le représentant du service contractant, avec voix consultative, siège ponctuellement aux commissions nationales des marchés. Il est chargé de fournir toutes informations nécessaires à la compréhension du marché dont il assure la présentation ».

**Article 37:** Les dispositions de l'article 134 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Jomada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 134. L'exercice du contrôle par les commissions nationales des marchés est sanctionné par l'attribution d'un visa émis dans les trente (30) jours au plus tard à compter du dépôt du dossier complet auprès du secrétariat de cette commission ».

**Article 38:** Les dispositions de l'article 135 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Jomada El Oula 1423 correspondant au 24 Juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 135. Les commissions nationales des marchés adoptent leurs règlements intérieurs qui sont approuvés par arrêté du ministre chargé des finances ».

**Article 39:** Les dispositions de l'article 136 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Jomada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 136. Les commissions nationales des marchés et la commission des marchés du service contractant, ci-dessous dénommées "la commission", se réunissent à l'initiative de leur président ».

**Article 40:** Les dispositions de l'article 141 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Jomada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 141. Un membre de la commission est désigné par le président, en vue de la présentation à la commission d'un rapport d'analyse du dossier. A cet effet, l'ensemble du dossier lui est transmis au moins huit (8) jours avant la tenue de la réunion prévue pour l'examen du dossier.

En ce qui concerne les marchés examinés par les commissions nationales des marchés, le rapport d'analyse du dossier est présenté par un fonctionnaire du ministère chargé des finances ou en tant que de besoin par un expert. Le fonctionnaire est désigné spécifiquement pour chaque dossier par les présidents des commissions nationales des marchés ».

**Article 41:** Le dernier paragraphe de l'article 144 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Jomada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, est modifié comme suit :

« Art. 144. ....

La mise en vigueur du marché ou de l'avenant visé par la commission compétente doit intervenir au plus tard dans les trois (3) mois qui suivent la date de délivrance du visa. Passé ce délai, ledit marché ou avenant est soumis de nouveau à l'examen de la commission compétente ».

**Article 42:** Les dispositions de l'article 147 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Jomada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 147. Si le visa n'est pas émis dans les délais limites, le service contractant saisit le président qui réunit la commission des marchés compétente dans les huit (8) jours. Celle-ci doit statuer, séance tenante, à la majorité simple des membres présents ».

**Article 43:** Les dispositions de l'article 149 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Jomada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 149. En cas de refus de visa par la commission des marchés :

- le ministre concerné, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée dont il tient informé le ministre chargé des finances ;
- le wali, dans les limites de ses attributions, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée dont il informe les ministres de l'intérieur et des collectivités locales et des finances ;
- le président de l'assemblée populaire communale dans les limites de ses attributions, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée dont il informe le wali compétent.

Dans tous les cas, une copie de la décision de passer outre est transmise à la commission nationale des marchés compétente, à la commission concernée et à la Cour des comptes ».

**Article 44:** Les dispositions de l'article 150 du décret présidentiel n°02-250 du 13 Jomada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Art. 150. En cas de refus de visa par les commissions nationales des marchés, le ministre concerné, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée.

Une copie de la décision de passer outre est communiquée au ministre chargé des finances et à la Cour des comptes ».

**Article 45:** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire. Fait à Alger, le 26 Chaoual 1429 correspondant au 26 octobre 2008.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**



Le Président de la République,  
Sur le rapport du ministre des finances,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 77-8° et 125 (alinéa 1<sup>er</sup> ;  
Vu l'ordonnance n°75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;  
Vu l'ordonnance n°75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce ;  
Vu la loi n°81-10 du 11 juillet 1981 relative aux conditions d'emploi des travailleurs étrangers ;  
Vu la loi n°88-01 du 12 janvier 1988, modifiée, portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques ;  
Vu la loi n°90-08 du 7 avril 1990, complétée, relative à la commune ;  
Vu la loi n°90-09 du 7 avril 1990, complétée, relative à la wilaya ;  
Vu la loi n°90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail ;  
Vu la loi n°90-21 du 15 août 1990, modifiée et complétée, relative à la comptabilité publique ;  
Vu la loi n°90-22 du 18 août 1990, modifiée et complétée, relative au registre du commerce ;  
Vu la loi n°90-29 du 1<sup>er</sup> décembre 1990, modifiée et complétée, relative à l'aménagement et l'urbanisme ;  
Vu le décret législatif n°94-07 du 7 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 18 mai 1994, modifié, relatif aux conditions de la production architecturale et à l'exercice de la profession d'architecte ;  
Vu l'ordonnance n°95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances ;  
Vu l'ordonnance n°95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995, modifiée et complétée, relative à la Cour des comptes ;  
Vu l'ordonnance n°96-01 du 19 Chaâbane 1416 correspondant au 10 janvier 1996 fixant les règles régissant l'artisanat et les métiers ;  
Vu l'ordonnance n°96-31 du 19 Chaâbane 1417 correspondant au 30 décembre 1996 portant loi de finances pour 1997, notamment son article 62 ;  
Vu la loi n°98-11 du 29 Rabie Ethani 1419 correspondant au 22 août 1998, portant loi d'orientation et de programme à projection quinquennale sur la recherche scientifique et le développement technologique 1998-2002 ;  
Vu la loi n°99-05 du 18 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 4 avril 1999 portant loi d'orientation sur l'enseignement supérieur ;  
Vu l'ordonnance n°03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003, modifiée et complétée, relative à la concurrence ;  
Vu la loi n°03-10 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable ;  
Vu la loi n°04-02 du 5 Joumada El Oula 1425 correspondant au 23 juin 2004, modifiée et complétée, fixant les règles applicables aux pratiques commerciales ;  
Vu la loi n°04-04 du 5 Joumada El Oula 1425 correspondant au 23 juin 2004 relative à la normalisation ;  
Vu la loi n°04-08 du 5 Joumada Ethania 1425 correspondant au 14 août 2004, modifiée et complétée, relative aux conditions d'exercice des activités commerciales ;  
Vu la loi n°04-19 du 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative au placement des travailleurs et au contrôle de l'emploi ;  
Vu la loi n°05-16 du 29 Dhou El Kaada 1426 correspondant au 31 décembre 2005 portant loi de finances pour 2006, notamment ses articles 41 et 42 ;  
Vu la loi n°06-01 du 21 Moharram 1427 correspondant au 20 février 2006, complétée, relative à la prévention et à la lutte contre la corruption ;  
Vu la loi n°08-09 du 18 Safar 1429 correspondant au 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative ;  
Vu l'ordonnance n°09-01 du 29 Rajab 1430 correspondant au 22 juillet 2009 portant loi de finances complémentaire pour 2009, notamment ses articles 29 et 77 ;  
Vu l'ordonnance n°10-01 du 16 Ramadhan 1431 correspondant au 26 août 2010 portant loi de finances complémentaire pour 2010 ;  
Vu le décret n°68-652 du 26 décembre 1968, modifié et complété, fixant les conditions dans lesquelles les personnes privées peuvent conclure des contrats ou marchés d'études avec les services du ministère des travaux publics et de la construction ;  
Vu le décret n°84-116 du 12 mai 1984 portant création du bulletin officiel des marchés de l'opérateur public ;  
Vu le décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, modifié et complété, portant réglementation des marchés publics ;  
Vu le décret présidentiel n°10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n°91-314 du 7 septembre 1991 relatif à la procédure de réquisition des comptables publics par les ordonnateurs ;  
Vu le décret exécutif n°92-19 du 9 janvier 1992, modifié et complété, fixant la procédure de paiement par accordéon des dépenses de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif ;  
Vu le décret exécutif n°92-414 du 14 novembre 1992, modifié et complété, relatif au contrôle préalable des dépenses engagées ;  
Vu le décret exécutif n°93-46 du 6 février 1993 fixant les délais de paiement des dépenses de recouvrement, des ordres de recettes et des états exécutoires et la procédure d'admission en non-valeur ;  
Vu le décret exécutif n°93-289 du 14 Joumada Ethania 1414 correspondant au 28 novembre 1993, modifié et complété, portant obligation, pour toutes les entreprises intervenant dans le cadre de la réalisation des marchés publics du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique, d'être titulaires du certificat de qualification et de classification professionnelle ;  
Vu le décret exécutif n°95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 fixant les attributions du ministre des finances ;  
Vu le décret exécutif n°98-67 du 24 Chaoual 1418 correspondant au 21 février 1998 portant création, organisation et fonctionnement de la caisse de garantie des marchés publics (C.G.M.P.) ;  
Vu le décret exécutif n°98-227 du 19 Rabie El Ouel 1419 correspondant au 13 juillet 1998, modifié et complété, relatif aux dépenses d'équipement de l'Etat ;

**Décrète :**

**TITRE I**

**DISPOSITIONS PRELIMINAIRES**

**Article 1<sup>er</sup> :** La mise en œuvre de la politique d'élaboration de passation et d'exécution des marchés passés par les services contractants s'effectue conformément aux lois et règlements en vigueur et aux dispositions du présent décret.

**Article 2 :** Les dispositions du présent décret sont applicables exclusivement aux marchés objet des dépenses :

- des administrations publiques ;
- des institutions nationales autonomes ;
- des wilayas ;
- des communes ;
- des établissements publics à caractère administratif ;
- des centres de recherche et de développement, des établissements publics spécifiques à caractère scientifique et technologique, des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, des établissements publics à caractère scientifique et technique, des établissements publics à caractère industriel et commercial et des entreprises publiques économiques, lorsque ceux-ci sont chargés de la réalisation d'une opération financée, totalement ou partiellement, sur concours temporaire ou définitif de l'Etat ;

Ci-dessous désignés par « service contractant ».

Les entreprises publiques économiques et les établissements publics, lorsqu'ils ne sont pas soumis aux dispositions du présent décret, conformément au dernier tiret du présent article, sont tenus de l'adopter et de le valider respectivement, par leurs organes sociaux et leurs conseils d'administration sauf dans ses dispositions relatives au contrôle externe.

Dans ce cas, le Conseil des Participations de l'Etat, pour les entreprises publiques économiques et le ministre de tutelle pour les établissements publics, doivent établir et approuver un dispositif de contrôle externe de leurs marchés.

Le Conseil des Participations de l'Etat et le ministre de tutelle, chacun en ce qui le concerne, peuvent, en cas de nécessité impérieuse, déroger à certaines dispositions du présent décret.

Les contrats passés entre deux administrations publiques ne sont pas soumis aux dispositions du présent décret.

**Article 3 :** En vue d'assurer l'efficacité de la commande publique et la bonne utilisation des fonds publics, les marchés publics doivent respecter les principes de liberté d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats, et de transparence des procédures, dans le respect des dispositions du présent décret.

**Article 4 :** Les marchés publics sont des contrats écrits au sens de la législation en vigueur, passés dans les conditions prévues dans le présent décret en vue de la réalisation, pour le compte du service contractant, de travaux, d'acquisition de fournitures, de services et d'études.

**Article 5 :** Les marchés d'importation de produits et services qui, en raison de leur nature, des fluctuations rapides de leur prix et de leur disponibilité, ainsi que des pratiques commerciales qui leur sont applicables, nécessitent une promptitude de décision du service contractant, sont dispensés de certaines dispositions du présent décret, notamment celles relatives au mode de passation.

A l'occasion de chaque opération d'importation suscitée, il est institué, par le ministre concerné, une commission ad hoc interministérielle, composée de membres qualifiés dans le domaine considéré, présidée par le représentant du service contractant, chargée de mener les négociations et de choisir le partenaire cocontractant.

La liste des produits et services suscités est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé des finances, du ministre chargé du commerce et du ministre concerné.

En tout état de cause, un marché de régularisation est établi et soumis, dans un délai de trois (3) mois à compter du commencement d'exécution, à l'organe compétent de contrôle externe.

**Article 6 :** Tout contrat ou commande dont le montant est égal ou inférieur à huit millions de dinars (8.000.000 DA) pour des prestations de travaux ou de fournitures, et quatre millions de dinars (4.000.000 DA) pour des prestations d'études ou de services, ne donne pas lieu, obligatoirement, à passation de marché au sens du présent décret.

Les commandes visées ci-dessus, dûment détaillées, doivent faire l'objet d'une consultation d'au moins trois (3) prestataires qualifiés, pour le choix de la meilleure offre, en termes de qualité et de prix. Dans le cas de commandes de travaux, le service contractant peut consulter des artisans, tels que définis par la législation et la réglementation en vigueur.

Les commandes susvisées doivent faire l'objet de contrats fixant les droits et obligations des parties.

Toutefois, si au cours d'un même exercice budgétaire, le service contractant est contraint de passer plusieurs commandes portant sur des prestations de même nature auprès du même partenaire, et que les montants cités ci-dessus sont dépassés, il est passé, dès lors, un marché dans lequel sont intégrées les commandes antérieurement exécutées, qui sera soumis à l'organe compétent de contrôle externe des marchés.

Lorsque le service contractant ne peut conduire un marché, conformément à l'alinéa précédent, et le soumettre à l'organe de contrôle externe a priori, au cours de l'exercice budgétaire considéré, pour les opérations d'acquisition de fournitures et de services, de type courant, et à caractère répétitif, un marché de régularisation est établi, à titre exceptionnel, durant l'année suivante.

La liste des prestations et fournitures visées ci-dessus est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre concerné.

Les commandes de prestations dont les montants cumulés, durant le même exercice budgétaire, sont inférieurs à cinq cent mille dinars (500.000 DA) pour les travaux ou les fournitures et deux cent mille dinars (200.000 DA) pour les études ou les services, ne font pas, notamment en cas d'urgence, obligatoirement, l'objet d'une consultation. Le fractionnement des commandes, dans le but d'échapper à la consultation citée à l'alinéa 2 du présent article, est interdit.

Les commandes citées à l'alinéa précédent ne font pas obligatoirement l'objet d'un contrat sauf dans le cas des études.

Les montants ci-dessus sont exprimés en toutes taxes comprises et peuvent être actualisés périodiquement par arrêté du ministre chargé des finances, en fonction du taux d'inflation officiellement enregistré.

**Article 7 :** Les marchés publics sont conclus avant tout commencement d'exécution des prestations. En cas de péril menaçant un investissement, un bien du service contractant ou l'ordre public, le ministre, le responsable de l'institution nationale autonome ou le wali concerné peut, par décision motivée, autoriser le commencement d'exécution des prestations avant conclusion du marché.

Une copie de cette décision est transmise au ministre chargé des finances.

En tout état de cause, un marché de régularisation est établi dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de signature de la décision susvisée, lorsque l'opération dépasse les montants cités à l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 6 ci-dessus et est soumis à l'organe compétent de contrôle externe des marchés.

**Article 8 :** Les marchés ne sont valables et définitifs qu'après leur approbation par l'autorité compétente, à savoir :

- le ministre pour les marchés de l'Etat ;
- le responsable de l'institution nationale autonome ;
- le wali pour ceux des wilayas ;
- le président de l'Assemblée populaire communale pour ceux des communes ;
- le directeur général ou le directeur pour les établissements publics à caractère administratif ;
- le directeur général ou le directeur pour les établissements publics à caractère industriel et commercial,
- le directeur du centre de recherche et de développement ;
- le directeur de l'établissement public à caractère scientifique et technique ;
- le directeur de l'établissement public spécifique à caractère scientifique et technologique ;
- le directeur de l'établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel ;
- le président directeur général ou le directeur général de l'entreprise publique économique.

Chacune de ces autorités peut déléguer ses pouvoirs en la matière à des responsables chargés en tout état de cause de la préparation et de l'exécution des marchés, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

**Article 9 :** Sans préjudice de l'application des sanctions prévues par la législation en vigueur, la non-exécution, par le cocontractant, dans les délais prévus ou l'exécution non conforme des obligations contractuelles, peut entraîner l'application de pénalités financières.

Les dispositions contractuelles du marché précisent le taux des pénalités ainsi que leurs modalités d'application ou d'exemption conformément aux cahiers des charges visés ci-dessous, qui sont des éléments constitutifs des marchés publics.

**Article 10 :** Les cahiers des charges, actualisés périodiquement, précisent les conditions dans lesquelles les marchés sont passés et exécutés. Ils comprennent notamment :

1 . Les cahiers des clauses administratives générales applicables aux marchés de travaux, de fournitures, d'études et de services, approuvés par décret exécutif ;

2 . Les cahiers des prescriptions communes, qui fixent les dispositions techniques applicables à tous les marchés portant sur une même nature de travaux, de fournitures, d'études ou de services et approuvés par arrêté du ministre concerné ;

3 . Les cahiers des prescriptions spéciales qui fixent les clauses propres à chaque marché.

## TITRE II

## DE LA DETERMINATION DES BESOINS, DES MARCHES ET DES PARTENAIRES COCONTRACTANTS

### Section 1

#### De la détermination des besoins

**Article 11 :** Les besoins à satisfaire des services contractants, exprimés en lot unique ou en lots séparés, sont préalablement déterminés avant le lancement de toute procédure de passation de marché.

Les besoins doivent être établis avec précision, en nature et en quantité par référence à des spécifications techniques.

Pour la détermination des seuils de compétence des commissions des marchés, le service contractant arrête le montant total des besoins en tenant compte obligatoirement de :

- la valeur globale des travaux d'une même opération, pour les marchés de travaux ;
- l'homogénéité des besoins, pour les marchés de fournitures, études et services.

Dans le cas d'un allotissement des besoins, il est tenu compte, pour la détermination des seuils de compétence des commissions des marchés, du montant total de tous les lots.

L'allotissement des besoins, dans le but d'échapper aux seuils de compétences fixés par les procédures prévues au présent décret, est interdit.

### Section 2

#### Des marchés

**Article 12 :** En vue de la satisfaction d'un besoin déterminé de fonctionnement ou d'investissement le service contractant peut passer un ou plusieurs marchés.

**Article 13 :** Les marchés publics portent sur une ou plusieurs des opérations suivantes :

- la réalisation de travaux ;
- l'acquisition de fournitures ;
- la réalisation d'études ;
- la prestation de services.

Le marché de travaux a pour objet la construction, l'entretien, la réhabilitation, la restauration, ou la démolition, par l'entrepreneur, d'un ou d'une partie d'un ouvrage, y compris les équipements associés nécessaires à leur exploitation, dans le respect des clauses déterminées par le service contractant, maître de l'ouvrage.

Si des prestations de services sont prévues au marché et leurs montants ne dépassent pas la valeur des travaux, le marché est de travaux.

Le marché de fournitures a pour objet l'acquisition ou la location, par le service contractant, de matériels ou de produits destinés à satisfaire les besoins liés à son activité, auprès d'un fournisseur.

Si des travaux de pose et d'installation des fournitures sont intégrés au marché et leurs montants sont inférieurs à la valeur de celles-ci, le marché est de fournitures.

Le marché de fournitures peut porter sur des biens d'équipements ou d'installations complètes de production d'occasion dont la durée de fonctionnement est garantie ou renouvelée sous garantie. Les modalités d'application des dispositions du présent alinéa sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre concerné.

Le marché d'études a pour objet de faire des études de maturation, et éventuellement d'exécution, de projets ou de programmes d'équipements publics, pour garantir les meilleures conditions de leur réalisation et/ou de leur exploitation.

A l'occasion d'un marché de travaux, le marché d'études recouvre les missions de contrôle technique ou géotechnique, de maîtrise d'œuvre et d'assistance technique au maître de l'ouvrage.

Le marché de prestations de services est un marché autre que le marché de travaux, de fournitures ou d'études.

**Article 14 :** Lorsque des conditions économiques et/ou financières le justifient, le service contractant peut recourir aux marchés comportant une tranche ferme et une ou plusieurs tranche(s) conditionnelle(s). La tranche ferme et chaque tranche conditionnelle doivent porter chacune sur un projet fonctionnel.

L'exécution de chaque tranche conditionnelle est subordonnée à une décision du service contractant, notifiée au cocontractant, dans les conditions fixées au cahier des charges.

**Article 15 :** La satisfaction des besoins visés à l'article 11 ci-dessus peut s'effectuer sous forme de lot unique ou de lots séparés.

Le lot unique est attribué à un partenaire cocontractant, tel que défini à l'article 21 du présent décret.

Les lots séparés sont attribués à un ou plusieurs partenaires cocontractants. Dans ce cas, l'évaluation des offres doit se faire lot par lot.

Le recours à l'allotissement, à effectuer chaque fois que cela est possible, en fonction de la nature et de l'importance de l'opération, et en tenant compte des avantages économiques, financiers et/ou techniques procurés par cette opération, relève de la compétence du service contractant, qui doit motiver son choix à l'occasion de tout contrôle exercé par toute autorité compétente, dans le respect des dispositions de l'article 11 ci-dessus.

L'allotissement doit être prévu dans le cahier des charges de l'appel d'offres. Dans le cas du budget d'équipement, l'autorisation de programme, telle que définie par la décision d'inscription établie par l'ordonnateur concerné, doit être structurée en lots.

**Article 16 :** Conformément à la réglementation en vigueur, le service contractant a également la possibilité de recourir, selon le cas, à la passation de contrats-programme ou de marchés à commandes totales ou partielles.

**Article 17 :** Le contrat-programme revêt la forme d'une convention annuelle ou pluriannuelle de référence dont l'exécution se réalise à travers des marchés d'application conclus conformément aux dispositions du présent décret.

La convention définit la nature et l'importance des prestations à réaliser, la localisation, le montant du contrat programme et l'échéancier de réalisation.

Le contrat-programme est conclu avec des entreprises de droit algérien, dûment qualifiées et classifiées. Il peut être également conclu avec des partenaires étrangers bénéficiant de garanties techniques et financières.

**Article 18 :** Le service contractant peut, exceptionnellement, recourir à la procédure « étude de maturation et de réalisation », lorsque des motifs d'ordre technique rendent indispensable l'association de l'entrepreneur aux études de l'ouvrage. Dans ce cas, la phase étude de faisabilité n'est pas comprise dans l'étude de maturation.

Le cahier des charges doit prévoir, dans le cadre de l'évaluation technique, une préqualification relative à la phase études.

Cette procédure permet au service contractant de confier la réalisation d'un projet à un seul partenaire, dans le cadre d'un marché de travaux, une mission portant à la fois sur l'établissement des études et la réalisation des travaux.

**Article 19 :** Les services contractants peuvent coordonner la passation de leurs marchés par la constitution, entre eux, de groupements de commandes.

Les services contractants qui coordonnent la passation de leurs marchés peuvent charger l'un d'entre eux, en sa qualité de service contractant coordonnateur, de signer et de notifier le marché.

Chaque service contractant est responsable de la bonne exécution de la partie du marché qui le concerne.

Une convention constitutive du groupement de commandes, définissant les modalités de son fonctionnement, est signée par ses membres.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 20 :** Le marché à commandes porte sur l'acquisition de fournitures ou la prestation de services de type courant et à caractère répétitif.

Le marché à commandes porte sur une durée d'une année renouvelable sans que la durée puisse excéder cinq (5) ans et doit comporter l'indication en quantité et/ou en valeur des limites minimales et maximales des fournitures et/ou services, objets du marché. Le marché à commandes détermine soit le prix, soit le mécanisme ou les modalités de fixation du prix applicable aux livraisons successives.

L'exécution du marché à commandes intervient par la simple notification de commandes partielles qui fixent les modalités de livraison.

### Section 3

#### Des partenaires cocontractants



**Article 22 :** Le partenaire cocontractant peut-être une ou plusieurs personne (s) physique (s) ou morale (s) s'engageant au titre du marché soit individuellement, soit dans le cadre d'un groupement d'entreprises, tel que défini à l'article 59 ci-dessous.

**Article 22 :** Pour la réalisation de ses objectifs, le service contractant peut recourir, en vue de l'exécution de ses prestations, à la passation de marchés conclus avec des entreprises de droit algérien et des entreprises étrangères.

**Article 23 :** Une marge de préférence, d'un taux de vingt-cinq pour cent (25 %), est accordée aux produits d'origine algérienne et/ou aux entreprises de droit algérien, dont le capital est détenu majoritairement par des nationaux résidents, pour tous les types de marchés visés à l'article 13 ci-dessus.

Le bénéfice de cette marge est subordonné, dans le cas où le soumissionnaire est un groupement constitué d'entreprises de droit algérien, telles que définies à l'alinéa précédent, et d'entreprises étrangères, à la justification des parts détenues par l'entreprise de droit algérien et l'entreprise étrangère, en termes de tâches à réaliser et leurs montants.

Le dossier d'appel d'offres doit indiquer clairement la préférence accordée et la méthode d'évaluation et de comparaison des offres qui sera suivie pour appliquer ladite préférence.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 24 :** Les cahiers des charges des appels d'offres internationaux doivent prévoir l'obligation, pour les soumissionnaires étrangers, d'investir dans le cadre d'un partenariat, dans le même domaine d'activité, avec une entreprise de droit algérien, dont le capital est détenu majoritairement par des nationaux résidents.

Le dossier d'appel d'offres doit contenir une liste non limitative d'entreprises, telles que définies à l'alinéa précédent, susceptibles de concrétiser une opération de partenariat avec le soumissionnaire étranger.

L'offre du soumissionnaire étranger doit comporter, sous peine de rejet de son offre, son engagement à satisfaire l'obligation citée à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus.

Le non-respect, par le soumissionnaire étranger, de l'engagement suscité, entraîne :

- la résiliation du marché si, avant sa concrétisation, le partenariat n'est pas mis en œuvre ;
- le cas échéant, l'application de pénalités financières pouvant aller jusqu'à vingt pour cent (20 %) du montant du marché ;
- l'inscription de l'entreprise étrangère, ayant failli à son engagement, sur une liste d'entreprises interdites de soumissionner aux marchés publics.

Sont concernés par ce dispositif les marchés de travaux, de fournitures, d'études et de services.

### TITRE III

## DES PROCEDURES DE SELECTION DU COCONTRACTANT

### Section 1

#### Des modes de passation des marchés publics

**Article 25 :** Les marchés publics sont passés selon la procédure d'appel d'offres, qui constitue la règle générale, ou la procédure de gré à gré

**Article 26 :** L'appel d'offres est la procédure visant à obtenir les offres de plusieurs soumissionnaires entrant en concurrence et à attribuer le marché au soumissionnaire présentant l'offre jugée la plus favorable.

**Article 27 :** Le gré à gré est la procédure d'attribution d'un marché à un partenaire cocontractant sans appel formel à la concurrence. Le gré à gré peut revêtir la forme d'un gré à gré simple ou la forme d'un gré à gré après consultation ; cette consultation est organisée par tous moyens écrits appropriés.

La procédure du gré à gré simple est une règle de passation de contrat exceptionnelle, qui ne peut être retenue que dans les cas énumérés à l'article 43 du présent décret.

L'attribution d'un marché selon la procédure de gré à gré après consultation ou de gré à gré simple, dans les cas prévus aux 4<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> tirets de l'article 43 ci-dessous, est soumise aux dispositions de l'article 24 du présent décret.

**Article 28 :** L'appel d'offres peut-être national et/ou international, il peut se faire sous l'une des formes suivantes :

- l'appel d'offres ouvert ;
- l'appel d'offres restreint ;
- la consultation sélective ;
- l'adjudication ;
- le concours.

**Article 29 :** L'appel d'offres ouvert est la procédure selon laquelle tout candidat qualifié peut soumissionner.

**Article 30 :** L'appel d'offres restreint est la procédure selon laquelle seuls les candidats répondant à certaines conditions minimales d'éligibilité, préalablement définies par le service contractant, peuvent soumissionner.

Les conditions minimales exigibles, en matière de qualification, de classification et de références professionnelles, doivent être proportionnées à la nature, la complexité et l'importance du projet, de manière à permettre aux entreprises de droit algérien de participer aux appels d'offres, dans le respect des conditions optimales relatives à la qualité, au coût et au délai de réalisation.

**Article 31 :** La consultation sélective est la procédure selon laquelle les candidats autorisés à soumissionner sont ceux qui sont spécifiquement invités à le faire après présélection.

La présélection des candidats est mise en œuvre par le service contractant pour le choix des candidats à mettre en compétition à l'occasion d'opérations complexes et/ou d'importance particulière.

Le recours à la consultation sélective s'opère sur la base :

- de spécifications techniques détaillées ou de performances à atteindre ;
- exceptionnellement, d'un programme fonctionnel, si le service contractant n'est pas en mesure de définir les moyens techniques pour répondre à ses besoins.

Le service contractant peut, également, procéder à une consultation directe d'opérateurs économiques qualifiés et inscrits sur une short list, qu'il a dressée sur la base d'une présélection, à l'occasion de la réalisation d'opérations d'ingénierie complexe ou d'importance particulière et/ou d'acquisition de fournitures spécifiques à caractère répétitif. Dans ce cas, la présélection doit être renouvelée tous les trois (3) ans.

La consultation sélective doit s'adresser à un minimum de trois (3) candidats présélectionnés. Dans le cas où le nombre de candidats présélectionnés est inférieur à trois, le service contractant doit relancer l'appel à la présélection.

Les modalités de présélection et de consultation doivent être prévues dans le cahier des charges.

**Article 32 :** Les candidats présélectionnés, conformément aux dispositions de l'article 31 du présent décret, sont invités, en première phase, par lettre de consultation, à remettre une offre technique préliminaire, sans offre financière.

Pour les offres jugées conformes au cahier des charges, la commission d'évaluation des offres, par l'intermédiaire du service contractant, peut demander, par écrit, aux candidats des clarifications ou des précisions sur leurs offres.

Des réunions de clarification des aspects techniques des offres des candidats peuvent être organisées, si nécessaire, par le service contractant, en présence des membres de la commission d'évaluation des offres, élargie éventuellement à des experts, de préférence nationaux, dûment désignés à cet effet. Ces réunions doivent faire l'objet de procès-verbaux signés par tous les membres présents.

La demande de clarification ou de précision ne doit pas aboutir à une modification fondamentale de l'offre.

Les réponses écrites des candidats aux demandes de clarifications ou de précisions et le contenu des procès-verbaux de réunions font partie intégrante de leurs offres.

Aucune information relative au contenu de l'offre d'un candidat ne doit être révélée.

A l'issue de cette phase, la commission d'évaluation des offres élimine les offres des candidats qui ne répondent pas aux exigences du programme fonctionnel, aux prescriptions techniques ou aux performances à atteindre prévues dans le cahier des charges.

Seuls les candidats dont les offres techniques préliminaires ont été déclarées conformes sont invités à présenter une offre technique finale et une offre financière sur la base d'un cahier des charges, modifié si nécessaire, et visé par la commission des marchés compétente, suite aux clarifications demandées au cours de la première phase. Leur ouverture et leur évaluation se déroulent conformément aux dispositions des articles 121 à 125 ci-dessous.

Dans le cas d'une consultation sélective sur la base d'un programme fonctionnel, le service contractant peut verser des honoraires aux candidats, selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre concerné.

La liste des projets qui peuvent faire l'objet d'une consultation sélective, telle que prévue à l'article 31 ci-dessus, est fixée, pour chaque secteur, par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre concerné.

**Article 33 :** L'adjudication est la procédure selon laquelle le marché est attribué au soumissionnaire le moins disant. Elle porte sur des opérations simples de type courant et ne concerne que les entreprises de droit algérien.

**Article 34 :** Le concours est la procédure de mise en concurrence d'hommes de l'art en vue de la réalisation d'une opération comportant des aspects techniques, économiques, esthétiques ou artistiques particuliers.

Le cahier des charges du concours doit comporter un programme du projet, un règlement du concours ainsi que le contenu du pli des prestations et des plis techniques et financiers.

Dans une première phase, les candidats sont invités à remettre uniquement une offre technique, dont le contenu est précisé à l'article 51 ci-dessous.

Après l'ouverture des plis des offres techniques et leur évaluation conformément aux dispositions des articles 121 à 125 du présent décret, seuls les candidats préqualifiés, dont le nombre ne doit pas être inférieur à trois (3), sont invités à remettre les plis des prestations et de l'offre financière.

Dans le cas où le nombre de candidats préqualifiés est inférieur à trois, le service contractant doit relancer la procédure. Le service contractant est tenu d'assurer l'anonymat des plis des prestations du concours avant leur transmission au président du jury.

L'anonymat de ces plis doit être assuré jusqu'à la signature du procès-verbal du jury.

Les prestations du concours sont évaluées par un jury composé de membres qualifiés dans le domaine considéré et indépendants des candidats.

La composition du jury est fixée par décision du ministre ou du wali concerné.

Le procès-verbal du jury, accompagné de son avis motivé, faisant ressortir, éventuellement, la nécessité de clarifier certains aspects liés aux prestations, est transmis, par son président, au service contractant.

Dans le cas où le jury a fait ressortir la nécessité de clarifier certains aspects des prestations, le service

contractant saisit, par écrit, les lauréat(s) concerné(s) afin d'apporter les précisions demandées. Leurs réponses écrites feront partie intégrante de leurs offres.

Le service contractant peut verser des primes au(x) lauréat(s) du concours, conformément aux propositions du jury, selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre concerné.

La liste des projets qui doivent faire l'objet d'un concours est déterminée, pour chaque secteur, par arrêté du ministre ou du wali concerné.

#### Section 2

#### De la qualification des candidats

**Article 35 :** Quel que soit le mode de passation retenu, un marché ne peut être attribué par le service contractant qu'à une entreprise jugée apte à l'exécuter.

**Article 36 :** Le service contractant doit vérifier les capacités techniques, financières et commerciales du partenaire cocontractant.

**Article 37 :** La qualification peut revêtir le caractère d'un agrément obligatoire lorsqu'elle est prévue dans les cas déterminés par des textes réglementaires et qu'elle est mise en œuvre par des organismes spécialisés habilités à cet effet.

**Article 38 :** En vue d'une meilleure rationalisation du choix des soumissionnaires, lors de l'évaluation des offres techniques, le service contractant s'informe, le cas échéant, de leurs capacités et références par tout moyen légal, auprès d'autres services contractants, des administrations et organismes chargés d'une mission de service public, des banques et des représentations algériennes à l'étranger.

**Article 39 :** Tout soumissionnaire, seul ou en groupement, ne peut se prévaloir que de ses propres qualifications et références professionnelles.

**Article 40 :** Un fichier national des opérateurs, des fichiers sectoriels et un fichier au niveau de chaque service contractant sont tenus et régulièrement mis à jour.

Le contenu de ces fichiers ainsi que les conditions de leur mise à jour sont déterminés par arrêté du ministre chargé des finances.

#### Section 3

#### Des procédures de passation des marchés

**Article 41 :** La recherche des conditions les plus adaptées aux objectifs assignés au service contractant, dans le cadre de sa mission, détermine le choix du mode de passation des marchés.

Ce choix relève de la compétence du service contractant agissant conformément aux dispositions du présent décret.

**Article 42 :** Le service contractant doit motiver son choix à l'occasion de tout contrôle exercé par toute autorité compétente.

**Article 43 :** Le service contractant a recours au gré à gré simple exclusivement dans les cas suivants :

- quand les prestations ne peuvent être exécutées que par un partenaire cocontractant unique qui détient soit une situation monopolistique, soit, à titre exclusif, le procédé technologique retenu par le service contractant ;
- dans les cas d'urgence impérieuse motivée par un danger imminent que court un bien ou un investissement
- déjà matérialisé sur le terrain et qui ne peut s'accommoder des délais de l'appel d'offres, à condition que les circonstances à l'origine de cette urgence n'aient pu être prévues par le service contractant et n'aient pas été le résultat de manœuvres dilatoires de sa part ;
- dans le cas d'un approvisionnement urgent destiné à sauvegarder le fonctionnement de l'économie ou les besoins essentiels de la population, à condition que les circonstances à l'origine de cette urgence n'aient pu être prévues par le service contractant et n'aient pas été le résultat de manœuvres dilatoires de sa part ;
- quand il s'agit d'un projet prioritaire et d'importance nationale. Dans ce cas, le recours à ce mode de passation exceptionnel doit être soumis à l'accord préalable du conseil des ministres ;
- quand un texte législatif ou réglementaire attribue à un établissement public un droit exclusif pour exercer une mission de service public.

La liste des établissements concernés sera déterminée par un arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre concerné ;

- quand il s'agit de promouvoir l'outil national public de production. Dans ce cas, le recours à ce mode de passation exceptionnel doit être soumis à l'accord préalable du conseil des ministres.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 44 :** Le service contractant a recours au gré à gré après consultation dans les cas suivants :

- quand l'appel à la concurrence s'avère infructueux :

si seulement une offre est réceptionnée ou si, après évaluation des offres reçues, seulement une offre est préqualifiée techniquement ;

L'annulation de toute procédure de passation de marchés ou lorsque les montants des offres sont excessifs ne constituent pas des cas d'infructuosité. Le service contractant est tenu, dans ces cas, de relancer la procédure.

Le service contractant est tenu d'utiliser le même cahier des charges de l'appel d'offres, à l'exception :

\* de la caution de soumission ;

\* du mode de passation ;

\* de l'obligation de publier l'avis d'appel à la concurrence.

La lettre de consultation doit mentionner les modifications suscitées.

En plus d'au moins (3) trois opérateurs économiques qualifiés, le service contractant doit consulter tous les soumissionnaires qui ont répondu à l'appel d'offres, sauf exception dûment motivée. Dans ce cas, un groupement d'entreprises ne peut être constitué que d'entreprises consultées ;

- pour les marchés d'études, de fournitures et de services spécifiques dont la nature ne nécessite pas le recours à un appel d'offres ;
- pour les marchés de travaux relevant directement des institutions nationales de souveraineté de l'Etat.

La liste de ces études, fournitures, services et travaux est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre concerné ;

- pour les opérations réalisées dans le cadre de la stratégie de coopération du Gouvernement, ou d'accords bilatéraux de financement concessionnels, de conversion de dettes en projets de développement ou de dons, lorsque lesdits accords de financement le prévoient. Dans ce cas, le service contractant peut limiter la consultation aux seules entreprises du pays concerné pour le premier cas ou au pays bailleur de fonds pour les autres cas.

Le recours par le service contractant au gré à gré après consultation, dans les cas prévus aux 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, et 4<sup>ème</sup> tirets du présent article, doit se faire sur la base d'un cahier des charges soumis, préalablement au lancement de la consultation, au visa de la commission des marchés compétente.

Pour les offres jugées conformes aux exigences du cahier des charges, la commission d'évaluation des offres, par l'intermédiaire du service contractant, peut demander, par écrit, aux opérateurs économiques consultés, des clarifications ou des précisions sur leurs offres. Elle peut également leur demander de compléter leurs offres.

Si une offre seulement est réceptionnée ou si, après évaluation des offres reçues, seulement une offre est préqualifiée techniquement, la procédure est relancée.

L'attribution provisoire du marché doit faire l'objet d'une publication, dans les conditions fixées par l'article 114 du présent décret.

Le soumissionnaire consulté qui conteste le choix du service contractant peut introduire un recours dans les conditions fixées par l'article 114 du présent décret.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 45 :** Le recours à la publicité par voie de presse est obligatoire dans les cas suivants :

- appel d'offres ouvert,
- appel d'offres restreint ;
- appel à la présélection ;
- concours ;
- adjudication.

**Article 46 :** L'avis d'appel d'offres doit comporter les mentions obligatoires suivantes :

- la dénomination, l'adresse et le numéro d'identification fiscale (NIF) du service contractant ;
- le mode d'appel d'offres ;
- les conditions d'éligibilité ou de présélection ;
- l'objet de l'opération ;
- la liste sommaire des pièces exigées avec un renvoi aux dispositions y afférentes du cahier des charges pour la liste détaillée ;
- la durée de préparation des offres et le lieu de dépôt des offres ;
- la durée de validité des offres ;
- l'obligation de caution de soumission, s'il y a lieu ;
- la présentation sous double pli cacheté avec mention « à ne pas ouvrir » et les références de l'appel d'offres ;
- le prix de la documentation, le cas échéant.

**Article 47 :** Le service contractant tient à la disposition de toute entreprise admise à soumissionner la documentation prévue à l'article 48 ci-dessous. Cette documentation peut être adressée au candidat qui en fait la demande.

**Article 48 :** La documentation relative à l'appel d'offres ou au gré à gré après consultation, le cas échéant, mise à la disposition des candidats, contient tous les renseignements nécessaires leur permettant de présenter des soumissions acceptables, notamment :

- la description précise de l'objet des prestations demandées ou de toutes exigences y compris les spécifications techniques, la certification de conformité et les normes auxquelles les produits ou services doivent satisfaire ainsi que, le cas échéant les plans, dessins et instructions nécessaires ;
- les conditions à caractère économique et technique, et, selon le cas, les garanties financières ;
- les renseignements ou pièces complémentaires exigées des soumissionnaires ;
- la ou les langues à utiliser pour la présentation des soumissions et documents d'accompagnement ;
- les modalités de paiement ;
- toutes autres modalités et conditions fixées par le service contractant auxquelles doit être soumis le marché ;
- le délai accordé pour la préparation des offres ;
- le délai de validité des offres ;
- l'heure limite de dépôt des offres et la formalité faisant foi à cet effet ;
- l'heure d'ouverture des plis ;
- l'adresse précise où doivent être déposées les soumissions.

**Article 49 :** L'avis d'appel d'offres est rédigé en langue arabe et, au moins, dans une langue étrangère. Il est publié obligatoirement dans le Bulletin officiel des marchés de l'opérateur public (BOMOP) et au moins dans deux quotidiens nationaux, diffusés au niveau national.

L'avis d'attribution provisoire du marché est inséré dans les organes de presse qui ont assuré la publication de l'avis d'appel d'offres, lorsque cela est possible, en précisant le prix, les délais de réalisation et tous les éléments qui ont permis le choix de l'attributaire du marché.

Les appels d'offres des wilayas, des communes et de leurs établissements publics à caractère administratif (EPA) sous tutelle portant sur des marchés de travaux ou de fournitures et d'études ou de services, dont le montant, suivant une estimation administrative, est égal ou inférieur, respectivement, à cinquante millions de dinars (50.000.000 DA) et vingt millions de dinars (20.000.000 DA), peuvent faire l'objet d'une publicité locale selon les modalités ci-après :

\* la publication de l'avis d'appel d'offres dans deux quotidiens locaux ou régionaux ;

\* l'affichage de l'avis d'appel d'offres aux sièges concernés :

- de la wilaya ;
- de l'ensemble des communes de la wilaya ;
- des chambres de commerce et d'industrie, des métiers et de l'agriculture ;
- de la direction technique concernée de la wilaya.

**Article 50 :** La durée de préparation des offres est fixée en fonction d'éléments tels que la complexité de l'objet du marché projeté et le temps normalement nécessaire pour la préparation des offres et l'acheminement des soumissions.

Le service contractant peut, quand les circonstances le justifient, proroger la durée de préparation des offres.

Dans ce cas, il en informe les candidats par tout moyen.

La durée de préparation des offres est fixée par le service contractant par référence à la date de sa première publication dans le Bulletin officiel des marchés de l'opérateur public (BOMOP) ou la presse. Elle est insérée également dans le cahier des charges.

En tout état de cause, la durée de préparation des offres doit permettre à la concurrence, la plus large possible, de jouer pleinement.

Le jour et l'heure limite de dépôt des offres et le jour et l'heure d'ouverture des plis techniques et financiers correspondent au dernier jour de la durée de préparation des offres. Si ce jour coïncide avec un jour férié ou un jour de repos légal, la durée de préparation des offres est prorogée jusqu'au jour ouvrable suivant.

**Article 51 :** Les offres doivent comporter une offre technique et une offre financière.

Chaque offre est insérée dans une enveloppe fermée et cachetée, indiquant la référence et l'objet de l'appel d'offres ainsi que la mention « technique » ou « financière », selon le cas. Les deux enveloppes sont mises dans une autre enveloppe anonyme, comportant la mention « à ne pas ouvrir appel d'offres n°. -l'objet de l'appel d'offres ».

**1- Une offre technique qui contient :**

- une déclaration à souscrire ;
- une caution de soumission supérieure à un pour cent (1 %) du montant de l'offre, pour les marchés de travaux et de fournitures dont le montant relève de la compétence des commissions nationales des marchés, à prévoir dans les cahiers des charges des appels d'offres, conformément à l'article 132 ci-dessous. La caution de soumission de l'entreprise étrangère doit être émise par une banque de droit algérien, couverte par une contre garantie émise par une banque étrangère de premier ordre.

Dans le cas de la procédure de consultation sélective, la caution de soumission citée ci-dessus doit être insérée, lorsqu'elle est prévue, dans une enveloppe fermée portant la mention « caution de soumission à n'ouvrir qu'à l'occasion de l'ouverture des plis financiers ».

La caution du soumissionnaire non retenu, et qui n'introduit pas de recours, est restituée un jour après l'expiration du délai de recours tel que défini à l'article 114 ci-dessous.

La caution du soumissionnaire non retenu, et qui introduit un recours, est restituée, à la notification, par la commission des marchés compétente, de la décision de rejet du recours.

La caution de soumission de l'attributaire du marché est libérée après la mise en place de la caution de bonne exécution ;

- l'offre technique proprement dite établie conformément au cahier des charges de l'appel d'offres ;
- tous les documents intéressant la qualification du soumissionnaire dans le domaine concerné (le certificat de qualification et de classification pour les marchés de travaux et l'agrément pour les marchés d'études), ainsi que les références professionnelles ;
- tous autres documents exigés par le service contractant, tels que les statuts de l'entreprise soumissionnaire, le registre de commerce, les bilans financiers, les références bancaires, la carte professionnelle d'artisan ou l'extrait du registre de l'artisanat et des métiers, pour les artisans d'art ;
- les attestations fiscales, les attestations d'organismes de sécurité sociale pour les soumissionnaires nationaux et les soumissionnaires étrangers ayant travaillé en Algérie.

Toutefois, dans le cas des opérations de réalisation de travaux, ces attestations peuvent être fournies après la remise des offres avec l'accord du service contractant, et en tout état de cause, avant la signature du marché ;

- un extrait du casier judiciaire du soumissionnaire lorsqu'il s'agit d'une personne physique, et du gérant ou du directeur général de l'entreprise lorsqu'il s'agit d'une société. Cette disposition ne s'applique pas aux entreprises étrangères non résidentes en Algérie ;
- l'attestation de dépôt légal des comptes sociaux, pour les sociétés commerciales dotées de la personnalité morale de droit algérien ;
- la déclaration de probité ;
- le numéro d'identification fiscale (NIF), pour les soumissionnaires nationaux et les soumissionnaires étrangers ayant déjà travaillé en Algérie.

Dans le cas de la procédure de concours, les offres contiennent, en plus des plis relatifs aux offres techniques et financières, un pli relatif aux prestations, en remplacement à l'offre technique proprement dite citée au 3<sup>ème</sup> tiret du paragraphe 1<sup>er</sup> du présent article.

Aucune information relative au montant de la soumission ne doit figurer dans les plis des prestations, dans le cadre d'un concours, ni dans les plis techniques relatifs aux procédures du concours et de la consultation sélective, sous peine de rejet de ces offres.

**2- Une offre financière qui contient :**

- la lettre de soumission ;
- le bordereau des prix unitaires ;
- le détail estimatif et quantitatif.

Les modèles de la lettre de soumission, de la déclaration à souscrire et de la déclaration de probité sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances.

#### Section 4

##### Des exclusions de la participation aux marchés publics

**Article 52 :** Sont exclus, temporairement ou définitivement, de la participation aux marchés publics, les opérateurs économiques :

- en état de faillite, de liquidation, de cessation d'activités, de règlement judiciaire ou de concordat ;
- qui font l'objet d'une procédure de déclaration de faillite, de liquidation, de cessation d'activités, de règlement judiciaire ou de concordat ;
- qui ont fait l'objet d'un jugement ayant autorité de chose jugée et constatant un délit affectant leur probité professionnelle ;
- qui ne sont pas en règle avec leurs obligations fiscales et parafiscales ;
- qui ne justifient pas du dépôt légal de leurs comptes sociaux ;
- qui ont fait une fausse déclaration ;
- qui ont fait l'objet de décisions de résiliation aux torts exclusifs, par des maîtres d'ouvrages, après épuisement des procédures de recours prévues par la législation et la réglementation en vigueur ;
- inscrits sur la liste des opérateurs économiques interdits de soumissionner aux marchés publics, prévue à l'article 61 du présent décret ;
- inscrits au fichier national des fraudeurs, auteurs d'infractions graves aux législations et réglementations fiscales, douanières et commerciales ;
- qui ont fait l'objet d'une condamnation pour infraction grave à la législation du travail et de la sécurité sociale ;
- étrangers attributaires d'un marché, qui n'ont pas respecté l'engagement défini à l'article 24 du présent décret ;

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées par arrêté du ministre chargé des finances.

#### Section 5

##### Du choix du partenaire cocontractant

**Article 53 :** Sous réserve de l'application des dispositions du titre V du présent décret, relatif au contrôle des marchés, le choix du cocontractant relève de la compétence du service contractant.

**Article 54 :** Lorsque la production nationale ou l'outil de production national est en mesure de répondre aux besoins à satisfaire du service contractant, le service contractant doit lancer un appel d'offres national, sous réserve des exceptions prévues par les dispositions du présent décret.

**Article 55 :** Les travaux liés aux activités artisanales d'art sont réservés aux artisans tels que définis par la législation et la réglementation en vigueur, sauf cas d'impossibilité dûment justifiée par le service contractant.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des finances.



**Article 56 :** Les critères de choix du cocontractant et leurs poids respectifs doivent être obligatoirement mentionnés dans le cahier des charges de l'appel d'offres.

Ce choix doit s'appuyer sur un système de notation basé notamment sur :

- les garanties techniques et financières ;
- le prix, la qualité et les délais d'exécution ;
- les conditions de financement et la réduction de la part transférable, offertes par les entreprises étrangères,
- les garanties commerciales et les conditions de soutien aux produits (service après vente, maintenance et formation) ;
- le choix des bureaux d'études, après mise en concurrence, doit être principalement basé sur l'aspect technique des propositions ;
- l'origine algérienne ou étrangère du produit, l'intégration à l'économie nationale et l'importance des lots ou produits sous-traités sur le marché algérien.

Les modalités d'application du dernier tiret seront déterminées par un arrêté conjoint du ministre chargé des finances, du ministre chargé du commerce et des ministres concernés.

D'autres critères peuvent être utilisés, à condition qu'ils soient spécifiés dans le cahier des charges de l'appel d'offres.

**Article 57 :** Le système d'évaluation des offres techniques, notamment en matière de références professionnelles, moyens humains et matériels, doit être, quelle que soit la procédure de passation, en adéquation avec la nature, la complexité et l'importance de chaque projet, de manière à permettre aux entreprises de droit algérien de participer à la commande publique, et ce, dans le respect des exigences liées à la qualité et au délai de réalisation.

**Article 58 :** Aucune négociation n'est autorisée avec les soumissionnaires après l'ouverture des plis et durant l'évaluation des offres pour le choix du partenaire cocontractant, sauf dans les cas prévus par les dispositions du présent décret.

**Article 59 :** Lorsque l'intérêt de l'opération le justifie, la possibilité de soumissionner dans le cadre d'un groupement d'entreprises, sous réserve du respect des règles relatives à la concurrence, doit être prévue dans le cahier des charges de l'appel d'offres.

Les soumissionnaires, dans le cadre d'un groupement d'entreprises, doivent intervenir sous la forme de groupement solidaire ou de groupement conjoint.

Dans ce cas, le (ou les) marché (s) doit (vent) contenir une clause par laquelle les partenaires cocontractants, agissant en groupement, s'engagent conjointement ou solidairement pour la réalisation du projet.

Le groupement est solidaire lorsque chacun des membres du groupement est engagé pour l'exécution de la totalité du marché.

Le groupement est conjoint lorsque chacun des membres du groupement s'engage à exécuter la ou les prestations qui sont susceptibles de lui être attribuées dans le marché.

L'un des membres du groupement, majoritaire, sauf exception, est désigné dans la déclaration à souscrire et dans la lettre de soumission comme mandataire représentant l'ensemble des membres vis-à-vis du service contractant, et coordonne la réalisation des prestations des membres du groupement.

Le mandataire du groupement conjoint est obligatoirement solidaire, pour l'exécution du marché, de chacun des membres du groupement pour ses obligations contractuelles à l'égard du service contractant.

#### Section 6

##### De la lutte contre la corruption.

**Article 60 :** Un code d'éthique et de déontologie en matière de marchés publics fixant les droits et obligations des agents publics lors du contrôle, la passation et l'exécution d'un marché public, contrat ou avenant sera approuvé par décret exécutif.

**Article 61 :** Sans préjudice de poursuites pénales, quiconque s'adonne à des actes ou à des manœuvres tendant à promettre d'offrir ou d'accorder à un agent public, directement ou indirectement, soit pour lui-même ou pour une autre entité, une rémunération ou un avantage de quelque nature que ce soit, à l'occasion de la préparation, de la négociation, de la conclusion ou de l'exécution d'un marché, contrat ou avenant, constituerait un motif suffisant pour annuler le marché, le contrat ou l'avenant en cause. Il constituerait également un motif suffisant pour prendre toute autre mesure coercitive, pouvant aller jusqu'à l'inscription sur la liste des opérateurs économiques interdits de soumissionner aux marchés publics et la résiliation du marché.

Le partenaire cocontractant est tenu de souscrire la déclaration de probité, dont le modèle est prévu à l'article 51 du présent décret.

La liste d'interdiction précitée est tenue par les services du ministère des finances, chargés des marchés publics.

Les modalités d'inscription et de retrait de la liste d'interdiction sont fixées par arrêté du ministre chargé des finances.

#### TITRE IV

### DES DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

#### Section 1

##### Des mentions des marchés

**Article 62 :** Tout marché doit viser la législation et la réglementation en vigueur ainsi que le présent décret. Il

doit, notamment, contenir les mentions suivantes :

- l'identification précise des parties contractantes ;
- l'identité et la qualité des personnes dûment habilitées à signer le marché ;
- l'objet du marché défini et décrit avec précision ;
- le montant décomposé et réparti en devises et en dinars algériens selon le cas ;
- les conditions de règlement ;
- le délai d'exécution ;
- la banque domiciliaire ;
- les conditions de résiliation du marché ;
- la date et le lieu de signature du marché.

En outre, le marché doit contenir les mentions complémentaires suivantes :

- le mode de passation du marché ;
- la référence aux cahiers des clauses générales et aux cahiers des prescriptions communes applicables aux marchés et qui en font partie intégrante ;
- les conditions d'intervention et d'agrément des sous-traitants, s'il y a lieu ;
- la clause de révision des prix ;
- la clause de nantissement, lorsqu'elle est requise ;
- le taux des pénalités financières, les modalités de leur calcul et les conditions de leur application ou la spécification de leur exemption ;
- les modalités de mise en œuvre des cas de force majeure ;
- les conditions de mise en vigueur du marché ;
- l'indication pour les contrats d'assistance technique des profils des postes de travail, de la liste et du niveau de qualification des personnels étrangers ainsi que des taux de rémunération et autres avantages dont ils bénéficient ;
- les conditions de réception des marchés ;
- la loi applicable et la clause de règlement des litiges.
- les clauses de travail garantissant le respect de la législation du travail ;
- les clauses relatives à la protection de l'environnement ;
- les clauses relatives à l'utilisation de la main d'œuvre locale.

#### Section 2

### Des prix des marchés

**Article 63 :** La rémunération du partenaire cocontractant intervient selon les modalités suivantes :

- à prix global et forfaitaire ;
- sur bordereau de prix unitaire ;
- sur dépenses contrôlées ;
- à prix mixte.

Pour le respect des prix, le service contractant peut privilégier la rémunération du marché selon la formule à prix global et forfaitaire.

**Article 64 :** Le prix peut être ferme ou révisable.

Lorsque le prix est révisable, le marché doit prévoir la (ou les) formule (s) de révision de prix, ainsi que les modalités de mise en œuvre de la (ou des) dite (s) formule (s) de révision, dans les conditions fixées par les articles 67 à 71 ci-dessous.

Le prix peut-être actualisé dans les conditions fixées par les articles 65, 66 et 71 du présent décret.

**Article 65 :** Si un délai supérieur à la durée de préparation des offres augmentée de (3) trois mois sépare la date de dépôt des offres et celle de l'ordre de commencer l'exécution de la prestation, et si les circonstances économiques l'exigent, il peut être consenti une actualisation des prix dont le montant est fixé conformément à l'article 66 du présent décret.

Le service contractant peut procéder à l'actualisation des prix d'un marché conclu selon la procédure de gré à gré, à l'expiration du délai de validité des prix prévus dans la soumission, qui sépare la date de signature du marché par le partenaire cocontractant et la date de notification de commencement de la prestation. Les indices de base (Io) à prendre en considération sont ceux du mois de la date de fin de validité des prix.

**Article 66 :** Lorsqu'une clause d'actualisation des prix a été prévue dans le marché, l'application de cette clause est subordonnée aux conditions suivantes :

- le montant de l'actualisation peut-être fixé soit d'une manière globale et forfaitaire et d'un commun accord, soit par application d'une formule de révision des prix lorsqu'elle a été prévue au marché ;
- l'actualisation des prix ne peut être mise en œuvre que pour la période comprise entre la date limite de validité de l'offre et de la date de notification de l'ordre de service de commencement des prestations contractuelles.

Les indices de base (Io) à prendre en considération sont ceux du mois de la fin de validité de l'offre.

Toutefois, une actualisation des prix peut être consentie en cas de retard d'exécution du marché si le retard n'est pas imputable au partenaire cocontractant. Ces dispositions s'appliquent également aux marchés conclus à prix ferme et non révisable.

**Article 67 :** Lorsque le prix est révisable, la clause de révision de prix ne peut être mise en œuvre :

- au titre de la période couverte par les délais de validité de l'offre,
- au titre de la période couverte par une clause d'actualisation des prix, le cas échéant, plus d'une fois tous les trois (3) mois.

La clause de révision des prix ne peut intervenir qu'au titre des seules prestations effectivement exécutées aux conditions du marché. Les marchés qui ne peuvent pas comporter de formules de révision des prix sont les marchés conclus à prix ferme et non révisable.

**Article 68 :** Les formules de révision des prix doivent tenir compte de l'importance relative à la nature de chaque prestation dans le marché par l'application des coefficients et d'indices de "matières", "salaires" et "matériel".

Dans les formules de révision des prix, les coefficients pris sont ceux :

- déterminés au préalable et contenus dans la documentation relative à l'appel d'offres ;
- déterminés d'un commun accord par les parties lorsqu'il s'agit de marché conclu selon la procédure de gré à gré.

Les formules de révision de prix doivent comporter :

- une partie fixe qui ne peut être inférieure au taux prévu dans le contrat pour l'avance forfaitaire. En tout état de cause, cette partie ne peut être inférieure à quinze pour cent (15%) ;
- une marge de neutralisation de variation des salaires de cinq pour cent (5%) ;
- les indices "salaires" et "matières" applicables et le coefficient des charges sociales.

**Article 69 :** Dans les formules de révision des prix, les indices pris en considération sont ceux homologués et publiés au Journal officiel, au Bulletin officiel des marchés de l'opérateur public (BOMOP) et toute autre publication habilitée à recevoir les annonces légales et officielles. Les indices sont applicables par les services concernés à partir de la date de leur approbation par le ministre chargé des finances.

Toutefois, pour les formules de révision des prix afférentes aux prestations fournies par des entreprises étrangères et payables en devises, il peut être utilisé soit des indices officiels du pays du partenaire cocontractant, soit d'autres indices officiels.

**Article 70 :** Il est fait application des clauses de révision des prix une fois tous les trois (3) mois, sauf au cas où, d'un commun accord, les parties prévoient une période d'application moins longue. Les indices de base (Io) à prendre en considération sont :

- ceux du mois de la date de l'ordre de service de lancement des travaux lorsque l'ordre de service est donné postérieurement à la date de validité de l'offre ou des prix ;
- ceux du mois de la fin de validité de l'offre lorsque l'ordre de service de lancement des travaux est donné avant l'expiration de la période de validité de l'offre ou des prix.

Lorsqu'une quote-part d'une avance sur approvisionnement est remboursée sur un acompte ou un règlement pour solde, elle est déduite, après avoir appliqué la révision des prix, du montant de l'acompte ou du règlement pour solde.

Lorsqu'une quote-part d'une avance forfaitaire est remboursée sur un acompte ou un règlement pour solde, elle est déduite, avant l'application de la révision des prix, du montant de l'acompte ou du règlement pour solde.

**Article 71 :** En cas de retard imputable au cocontractant dans l'exécution du marché, les prestations réalisées après le délai contractuel d'exécution sont payées sur la base des prix applicables par référence au prix éventuellement actualisé ou révisé calculé à la fin du délai contractuel.

**Article 72 :** Le marché dont les prestations sont exécutées en dépenses contrôlées doit indiquer la nature, le mode de décompte et la valeur des divers éléments qui concourent à la détermination du prix à payer.

### Section 3

#### Des modalités de paiement

**Article 73 :** Le règlement financier du marché s'opère par versement d'avances et/ou d'acomptes et par des règlements pour solde.

Le versement d'avances et/ou d'acomptes éventuels n'entraîne aucun effet de nature à atténuer la responsabilité du partenaire cocontractant quant à l'exécution entière conforme et loyale des prestations contractuelles.

A ce titre, ces versements ne constituent pas un paiement définitif.

**Article 74 :** Au sens de l'article 73 ci-dessus, on entend par :

- **avance** : toute somme versée avant exécution des prestations, objet du contrat et sans contrepartie d'une exécution physique de la prestation ;
- **acompte** : tout versement consenti par le service contractant correspondant à une exécution partielle de l'objet du marché ;
- **règlement pour solde** : le paiement à titre provisoire ou définitif du prix prévu dans le marché, après exécution entière et satisfaisante de l'objet du marché.

**Article 75 :** Les avances ne peuvent être versées que si le cocontractant a préalablement présenté une caution de restitution d'avances d'égale valeur, émise par une banque de droit algérien ou la caisse de garantie des marchés publics. La caution du soumissionnaire étranger doit être émise par une banque de droit algérien, couverte par une contre-garantie émise par une banque étrangère de premier ordre. Cette caution est établie selon des termes convenant au service contractant et à sa banque.

**Article 76 :** Les avances sont dites, selon le cas, "forfaitaires" ou "sur approvisionnement".

**Article 77 :** L'avance forfaitaire est fixée à un maximum de quinze pour cent (15%) du prix initial du marché.

**Article 78 :** Lorsque les règles de paiement et/ou de financement consacrées sur le plan international sont telles que leur refus par le service contractant, à l'occasion de la négociation d'un marché, entraîne un préjudice certain pour le service contractant, celui-ci peut consentir exceptionnellement et, après accord exprès du ministre de tutelle, du responsable de l'institution nationale autonome ou du wali, selon le cas, une avance forfaitaire supérieure au taux fixé à l'article 77 du présent décret. Cet accord est donné après avis de la commission des marchés compétente.

**Article 79 :** L'avance forfaitaire peut être versée en une seule fois. Elle peut être également versée en plusieurs tranches dont l'échelonnement est prévu dans le marché.

**Article 80 :** Les titulaires de marchés de travaux et de fournitures peuvent obtenir, outre l'avance forfaitaire, une avance sur approvisionnement s'ils justifient de contrats ou de commandes confirmées de matières ou de produits indispensables à l'exécution du marché.

Le service contractant peut exiger de son partenaire cocontractant un engagement exprès de déposer sur le chantier ou sur le lieu de livraison les matières ou produits dont il s'agit, dans un délai compatible avec le planning contractuel, sous peine de restitution de l'avance.

**Article 81 :** Le partenaire cocontractant, les sous-traitants et sous-commandiers ne peuvent disposer des approvisionnements ayant fait l'objet d'avances et/ou d'acomptes pour des travaux ou des fournitures autres que ceux prévus au marché.

Les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent aux fournitures prévues dans le marché et déposées sur le chantier ou sur le lieu de livraison convenu lorsque, à la fin de l'exécution des prestations, les dites fournitures, bien que payées par le service contractant, n'ont pas servi à l'objet du marché.

**Article 82 :** Le montant cumulé de l'avance forfaitaire et des avances sur approvisionnement ne peut dépasser, en aucun cas, cinquante pour cent (50%) du montant global du marché.

**Article 83 :** Les avances forfaitaires et sur approvisionnement sont récupérées par voie de retenues opérées par le service contractant sur les sommes payées à titre d'acomptes ou de règlement pour soldes. Les remboursements des avances sont effectués à un rythme fixé contractuellement par déduction sur les sommes dues au titulaire du marché, à partir du paiement de la première situation ou facture. En tout état de cause, le remboursement doit être terminé lorsque le montant des sommes payées atteint quatre-vingt pour cent (80%) du montant du marché.

**Article 84 :** Il peut être versé des acomptes à tout titulaire d'un marché lorsqu'il justifie de l'accomplissement d'opérations intrinsèques d'exécution de ce marché.

Toutefois, les titulaires de marchés de travaux peuvent bénéficier d'acomptes sur approvisionnements de produits rendus sur chantier, n'ayant pas fait l'objet d'un paiement sous la forme d'avance sur approvisionnement, à concurrence de quatre-vingt pour cent (80%) de leur montant calculé par application des prix unitaires d'approvisionnement spécialement établis pour le marché considéré aux quantités constatées.

En tout état de cause, le partenaire cocontractant ne bénéficie de cet acompte qu'en ce qui concerne les approvisionnements acquis en Algérie.

**Article 85 :** Le versement des acomptes est mensuel.

Toutefois, le marché peut prévoir une période plus longue, compatible avec la nature des prestations. Ce versement est subordonné à la présentation, selon le cas, de l'un des documents suivants :

- procès-verbaux ou relevés contradictoires de prise d'attache ;
- état détaillé des fournitures, approuvé par le service contractant ;
- état des salaires conforme à la réglementation en vigueur ou des charges sociales, visé par la caisse de sécurité sociale compétente.

**Article 86 :** Le règlement pour solde provisoire a pour objet, lorsqu'il est prévu dans le marché, le versement au cocontractant des sommes dues au titre de l'exécution normale des prestations contractuelles, déduction faite :

- de la retenue de garantie éventuelle ;
- des pénalités financières restant à la charge du partenaire, le cas échéant ;
- des versements à titre d'avances et acomptes de toute nature non encore récupérés par le service contractant.

**Article 87 :** Le règlement pour solde définitif entraîne la restitution des retenues de garantie et, le cas échéant, mainlevée des cautions constituées par le partenaire cocontractant.

**Article 88 :** Le marché doit préciser les délais ouverts au service contractant pour procéder aux constatations ouvrant droit à paiement. Les délais courent à partir de la demande du titulaire du marché, appuyée des justifications nécessaires.

**Article 89 :** Le service contractant est tenu de procéder au mandatement des acomptes ou du solde dans un délai qui ne peut dépasser trente (30) jours à compter de la réception de la situation ou de la facture, toutefois, pour le solde de certaines catégories de marchés, un délai plus long peut être fixé par arrêté du ministre chargé des finances.

Ce délai ne peut être supérieur à deux (2) mois.

Le délai de mandatement est précisé dans le marché. La date du mandatement est portée, le jour de l'émission du mandat et par écrit, à la connaissance du cocontractant par le service contractant.

Le défaut de mandatement dans le délai prévu ci-dessus fait courir, de plein droit et sans autre formalité, au bénéfice du cocontractant, des intérêts moratoires calculés au taux d'intérêt bancaire des crédits à court terme, à partir du jour suivant l'expiration dudit délai jusqu'au quinzième (15) jour inclus suivant la date du mandatement de l'acompte.

Toutefois, dans le cas où le mandatement est effectué après le délai de quinze (15) jours fixé à l'alinéa précédent, et que les intérêts moratoires n'ont pas été mandatés en même temps que l'acompte et que la date du mandatement n'a pas été communiquée au cocontractant, les intérêts moratoires sont dus jusqu'à ce que les fonds soient mis à la disposition du cocontractant.

Le défaut de mandatement de tout ou partie des intérêts moratoires, lors du mandatement de l'acompte, entraîne une majoration de deux pour cent (2%) du montant de ces intérêts par mois de retard. Le retard auquel s'applique le pourcentage est calculé par mois entier décompté de quantième à quantième.

Toute période inférieure à un mois entier est comptée pour un mois entier. Le délai prévu au premier alinéa du présent article ne peut être suspendu qu'une seule fois et par l'envoi au cocontractant, huit (8) jours au moins avant l'expiration du délai, d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception postal, lui faisant connaître les raisons imputables au cocontractant qui justifient le refus de mandatement, et précisant notamment les pièces à fournir ou à compléter. Cette lettre doit indiquer qu'elle a pour effet de suspendre le délai de mandatement jusqu'à la remise par le cocontractant, au moyen d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception postal, portant bordereau des pièces transmises, de l'ensemble des justifications qui lui ont été réclamées.

Le délai laissé au service contractant pour mandater, à compter de la fin de la suspension, ne peut, en aucun cas, être supérieur à quinze (15) jours. En cas de désaccord sur le montant d'un acompte ou du solde, le mandatement est effectué sur la base provisoire des sommes admises par le service contractant.

Lorsque les sommes ainsi payées sont inférieures à celles qui sont finalement dues au bénéficiaire, celui-ci a droit à des intérêts moratoires calculés sur la différence enregistrée.

Ces intérêts moratoires peuvent être rétrocédés à la caisse de garantie des marchés publics, dès lors que celle-ci est sollicitée pour la mobilisation de la créance née et constatée.

**Article 90 :** Les pénalités contractuelles applicables aux partenaires cocontractants en vertu des clauses du marché sont déduites des paiements à intervenir dans les conditions et modalités prévues dans le marché.

La dispense de paiement des pénalités de retard relève de la responsabilité du service contractant. Elle intervient lorsque le retard n'est pas imputable au cocontractant auquel il est délivré, dans ce cas, des ordres d'arrêt ou de reprise de services.

En cas de force majeure, les délais sont suspendus et les retards ne donnent pas lieu à l'application des pénalités de retard dans les limites fixées par les ordres d'arrêt et de reprise de services pris en conséquence par le service contractant.

Dans les deux cas, la dispense des pénalités de retard donne lieu à l'établissement d'un certificat administratif.



**Article 91 :** Sous réserve des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le service contractant peut consentir, à titre exceptionnel, une avance sur les acomptes visés à l'article 73 du présent décret, aux conditions expresses suivantes :

- le délai contractuel de règlement de la demande d'acompte présentée par le partenaire cocontractant est dépassé ;
- le montant de l'avance ne doit, en aucun cas, excéder quatre-vingt pour cent (80%) du montant de l'acompte ;
- le bénéfice de cette avance supplémentaire cumulé avec les avances consenties, ne doit, en aucun cas, dépasser soixante-dix pour cent (70%) du montant total du marché.

Cette avance est réglée dans les délais et selon les procédures les plus diligentes. La régularisation intervient selon les mêmes modalités.

#### Section 4

##### Des garanties

**Article 92 :** Le service contractant doit veiller à ce que soient réunies les garanties nécessaires permettant les meilleures conditions de choix de ses partenaires et/ou les meilleures conditions d'exécution du marché.

Les garanties susvisées ainsi que les modalités de leur restitution sont fixées, selon le cas, dans les cahiers des charges ou dans les dispositions contractuelles du marché par référence aux dispositions légales ou réglementaires en vigueur.

**Article 93 :** Les entreprises étrangères soumissionnaires, seules ou dans le cadre d'un groupement, sont tenues d'engager les moyens humains et matériels déclarés dans leurs offres, sauf exception dûment motivée.

Le service contractant doit s'assurer de l'exécution effective de la présente disposition.

**Article 94 :** Les garanties de nature gouvernementale concernant les entreprises étrangères sont :

- les dispositions entrant dans le cadre de l'utilisation de la ligne de crédit résultant d'accords intergouvernementaux ;
- les garanties mettant en œuvre le concours d'institutions bancaires ou d'assurances à caractère public ou parapublic.

La priorité dans le choix des partenaires cocontractants étrangers est accordée à celui qui présente les garanties susvisées.

**Article 95 :** Les garanties appropriées de bonne exécution dont celles obtenues par le service contractant des partenaires cocontractants étrangers et, en particulier, dans le domaine financier, sont les garanties pécuniaires couvertes par une caution bancaire émise par une banque de droit algérien, couverte par une contre-garantie émise par une banque étrangère de premier ordre.

**Article 96 :** Les partenaires cocontractants étrangers bénéficiaires des avantages prévus aux articles 23 et 56 (dernier tiret), du présent décret, sont tenus d'utiliser les biens et services produits localement.

Le service contractant doit s'assurer de l'exécution effective de la présente disposition.

**Article 97 :** Outre la caution de restitution des avances visée à l'article 75 ci-dessus, le partenaire cocontractant est tenu de fournir, dans les mêmes conditions, une caution de bonne exécution du marché.

Pour certains types de marchés d'études et de services, dont la liste est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre concerné, le partenaire cocontractant est dispensé de la caution de bonne exécution du marché.

Le service contractant peut dispenser son partenaire de la caution de bonne exécution, lorsque le délai d'exécution du marché ne dépasse pas trois (3) mois.

La caution de bonne exécution doit être constituée au plus tard à la date à laquelle le partenaire cocontractant remet la première demande d'acompte.

En cas d'avenant, elle doit être complétée dans les mêmes conditions.

La caution est établie selon les formes agréées par le service contractant et sa banque.

**Article 98 :** Lorsqu'un délai de garantie est prévu dans le marché, la caution de bonne exécution visée à l'article 97 ci-dessus est transformée, à la réception provisoire, en caution de garantie.

**Article 99 :** Lorsque le cahier des charges de l'appel d'offres le prévoit, des retenues de bonne exécution peuvent être substituées à la caution de bonne exécution, pour les marchés d'études et de services visés à l'alinéa 2 de l'article 97 ci-dessus.

Lorsqu'un délai de garantie est prévu dans les marchés d'études ou de services visés à l'alinéa ci-dessus, la provision constituée par l'ensemble des retenues est transformée, à la réception provisoire, en retenue de garantie.

**Article 100 :** Le montant de la caution de bonne exécution est fixé entre cinq pour cent (5 %) et dix pour cent (10 %) du montant du marché, selon la nature et l'importance des prestations à exécuter.

Pour les marchés qui n'atteignent pas les seuils de compétence des commissions nationales des marchés, le montant de la caution de bonne exécution est fixé entre un pour cent (1 %) et cinq pour cent (5 %) du montant du marché, dans les conditions fixées à l'alinéa précédent.

Dans le cas des marchés de travaux qui n'atteignent pas le seuil de compétence de la commission nationale des marchés, des retenues de bonne exécution de cinq pour cent (5 %) du montant de la situation de travaux peuvent être substituées à la caution de bonne exécution. La provision constituée par l'ensemble des retenues de bonne exécution est transformée, à la réception provisoire, en retenue de garantie.

Les artisans prévus à l'article 55 du présent décret et les micro-entreprises de droit algérien, lorsqu'ils interviennent dans les opérations publiques de restauration de biens culturels, sont dispensés de la présentation d'une caution de bonne exécution du marché.

**Article 101 :** La caution de garantie visée à l'article 98 ou les retenues de garantie visées aux articles 99 et 100 ci-dessus sont totalement restituées dans un délai d'un mois à compter de la date de réception définitive du marché.

#### Section 5

##### De l'avenant

**Article 102 :** Le service contractant peut recourir à la conclusion d'avenants au marché dans le cadre des dispositions du présent décret.

**Article 103 :** L'avenant constitue un document contractuel accessoire au marché qui, dans tous les cas, est conclu lorsqu'il a pour objet l'augmentation ou la diminution des prestations et/ou la modification d'une ou de plusieurs clauses contractuelles du marché.

Les prestations, objet de l'avenant, peuvent couvrir des opérations nouvelles entrant dans l'objet global du marché.

En tout état de cause, un avenant ne peut modifier, de manière essentielle, l'économie du marché, sauf sujétions techniques imprévues ne résultant pas du fait des parties.

**Article 104 :** L'avenant obéit aux conditions économiques de base du marché.

Au cas où il ne peut être tenu compte des prix contractuels fixés au marché pour les opérations nouvelles prévues dans un avenant, de nouveaux prix peuvent, le cas échéant, être fixés.

**Article 105 :** L'avenant ne peut être conclu et soumis à l'organe de contrôle externe des marchés compétent que dans la limite des délais contractuels d'exécution.

Néanmoins, cette disposition ne s'applique pas dans les cas suivants :

- lorsque l'avenant au sens de l'article 103 ci-dessus est sans incidence financière et porte sur l'introduction et/ou la modification d'une ou plusieurs clauses contractuelles autres que celles relatives aux délais d'exécution ;
- lorsque des raisons exceptionnelles et imprévisibles indépendantes de la volonté des deux parties entraînent la rupture substantielle de l'équilibre économique du contrat et/ou le déplacement du délai contractuel initial ;
- lorsque, exceptionnellement, l'avenant a pour objet de clôturer définitivement le marché.

Les avenants prévus aux alinéas 2 et 3 ci-dessus sont, en tout état de cause, soumis au contrôle externe a priori de la commission des marchés compétente.

**Article 106 :** L'avenant, au sens de l'article 103 ci-dessus, n'est pas soumis à l'examen des organes de contrôle externe a priori lorsque son objet ne modifie pas la dénomination des parties contractantes, les garanties techniques et financières, le délai contractuel et lorsque son montant ou le montant cumulé des différents avenants, qu'il soit en augmentation ou en diminution, ne dépasse pas :

- vingt pour cent (20 %) du montant initial du marché, pour les marchés relevant de la compétence de la commission des marchés du service contractant ;

- dix pour cent (10 %) du montant initial du marché, pour les marchés relevant de la compétence des commissions nationales des marchés.

Dans le cas où un avenant comporte des opérations nouvelles, au sens de l'article 103 ci-dessus, il est soumis à l'organe de contrôle externe, si leur montant dépasse les taux suscités.

#### Section 6

##### De la sous-traitance

**Article 107 :** La sous-traitance porte sur une partie de l'objet du marché, dans le cadre d'un engagement contractuel liant directement le sous-traitant et le partenaire cocontractant du service contractant.

**Article 108 :** Le partenaire cocontractant est seul responsable, vis-à-vis du service contractant, de l'exécution de la partie sous-traitée du marché.

**Article 109 :** Le recours à la sous-traitance est possible dans les conditions suivantes :

- le champ principal d'intervention de la sous-traitance doit être expressément prévu dans le marché et, lorsque
- cela est possible, dans le cahier des charges ;
- le choix du sous-traitant est obligatoirement et préalablement approuvé par le service contractant, sous réserve des dispositions de l'article 52 du présent décret, et après avoir vérifié que ses qualifications, ses références professionnelles et ses moyens humains et matériels sont conformes aux tâches à sous-traiter ;
- lorsque les prestations à exécuter par le sous-traitant sont prévues par le marché, celui-ci peut être payé directement par le service contractant.

Les modalités d'application des dispositions de cet alinéa sont précisées par arrêté du ministre chargé des finances.

- le montant de la part transférable doit être diminué du montant des prestations à sous-traiter localement.

#### Section 7

##### Des dispositions contractuelles diverses

##### Sous-section 1

##### Du nantissement

**Article 110 :** Les marchés du service contractant sont susceptibles de nantissement aux conditions prévues ci-dessous :

**1 .** le nantissement ne peut être effectué qu'auprès d'un établissement, d'un groupement d'établissements bancaires ou de la caisse de garantie des marchés publics ;

**2 .** le service contractant remet au cocontractant un exemplaire du marché revêtu d'une mention spéciale indiquant que cette pièce formera titre en cas de nantissement ;

**3 .** si la remise au partenaire cocontractant de l'exemplaire visé à l'alinéa 2 ci-dessus est impossible en raison du secret exigé, l'intéressé pourra demander à l'autorité avec laquelle il aura traité, un extrait signé du marché qui portera la mention indiquée à l'alinéa 2 ci-dessus et contiendra les indications compatibles avec le secret exigé. La remise de cette pièce équivaudra, pour la constitution du nantissement, à la remise d'un exemplaire intégral ;

**4 .** les nantissements devront être notifiés par le cessionnaire au comptable désigné dans le marché.

L'obligation de dépossession de gage est réalisée par la remise de l'exemplaire désigné à l'alinéa 2 ci-dessus au comptable chargé du paiement qui, à l'égard des bénéficiaires de nantissement, sera considéré comme le tiers détenteur du gage ;

**5 .** la mainlevée des significations de nantissement sera donnée par le cessionnaire au comptable détenteur de l'exemplaire spécial, par lettre recommandée avec accusé de réception ;

**6 .** les actes de nantissement sont soumis aux formalités d'enregistrement prévues par la législation en vigueur ;

**7 .** sauf dispositions contraires dans l'acte, le bénéficiaire d'un nantissement encaisse seul le montant de la créance affectée en garantie, sauf à rendre compte à celui qui a constitué le gage suivant les règles du mandat ;

Cet encaissement est effectué nonobstant les oppositions et nantissements dont les significations n'ont pas été faites au plus tard le dernier jour ouvrable précédant le jour de la signification du nantissement en cause, à la condition que les requérants ne revendiquent pas l'un des privilèges énumérés à l'alinéa 11 ci-dessous ;

**8 .** au cas où le nantissement a été constitué au profit de plusieurs bénéficiaires, ceux-ci devront se constituer en groupement à la tête duquel sera désigné un chef de file ;

**9 .** le titulaire du marché, ainsi que les bénéficiaires d'un nantissement, en cours d'exécution du contrat, peuvent requérir du service contractant, soit un état sommaire des prestations effectuées, soit le décompte des droits constatés au profit du partenaire cocontractant. Ils pourront, en outre, requérir un état des acomptes mis en paiement. Le fonctionnaire chargé de fournir ces renseignements est désigné dans le marché ;

**10 .** si le créancier en fait la demande par lettre recommandée en justifiant de sa qualité, le fonctionnaire chargé de fournir les renseignements énumérés à l'alinéa 9 ci-dessus est tenu de l'aviser en même temps que le titulaire du marché, de toutes les modifications apportées au contrat qui affectent la garantie résultant du cautionnement ;

**11 .** les droits des bénéficiaires d'un nantissement ne seront primés que par les privilèges suivants :

- privilège des frais de justice ;
- privilège relatif au paiement des salaires et de l'indemnité de congés payés en cas de faillite ou de règlement judiciaire tel qu'il est prévu par la loi relative aux relations de travail ;
- privilège des salaires des entrepreneurs effectuant des travaux ou des sous-traitants ou sous-commandiers agréés par le service contractant ;
- privilège du Trésor ;
- privilège des propriétaires des terrains occupés pour cause d'utilité publique ;

**12 .** les sous-traitants et sous-commandiers peuvent donner en nantissement à concurrence de la valeur des prestations qu'ils exécutent tout ou partie de leurs créances dans les conditions prévues au présent article.

A cet effet, la copie certifiée conforme de l'original du marché et, le cas échéant, de l'avenant doit être remise à chaque sous-commandier ou sous-traitant.

**Article 111 :** La caisse de garantie des marchés publics peut intervenir dans le financement des marchés publics pour en faciliter l'exécution, notamment par le paiement des situations et/ou factures, au titre de la mobilisation des créances des entreprises titulaires de marchés publics ainsi que :

1. en préfinancement pour améliorer la trésorerie du titulaire du marché avant que le service contractant ne lui reconnaisse des droits à paiement ;
2. en crédit de mobilisation de droits acquis ;
3. en garantie pour les avances exceptionnelles consenties sur nantissement des différents types de marchés passés par les entités visées à l'article 2 du présent décret.

##### Sous-section 2

##### De la résiliation

**Article 112 :** En cas d'inexécution de ses obligations, le cocontractant est mis en demeure, par le service contractant, d'avoir à remplir ses engagements contractuels dans un délai déterminé.

Faute par le cocontractant de remédier à la carence qui lui est imputable dans le délai fixé par la mise en demeure prévue ci-dessus, le service contractant peut, unilatéralement, procéder à la résiliation du marché.

Le service contractant ne peut se voir opposer la résiliation du marché lors de la mise en œuvre, par ses soins, des clauses contractuelles de garanties et des poursuites tendant à la réparation du préjudice qu'il a subi par la faute de son cocontractant.

Les mentions à porter dans la mise en demeure, ainsi que les délais de sa publication sous forme d'annonces légales sont précisés par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 113 :** Outre la résiliation unilatérale visée à l'article 112 ci-dessus, il peut-être également procédé à la résiliation contractuelle du marché dans les conditions expressément prévues à cet effet.

En cas de résiliation, d'un commun accord, d'un marché en cours d'exécution, le document de résiliation signé des deux parties doit prévoir la reddition des comptes établis en fonction des travaux exécutés, des travaux restant à effectuer, et de la mise en œuvre, d'une manière générale, de l'ensemble des clauses du marché.

#### Sous-section 3

#### Du règlement des litiges

**Article 114 :** Outre les droits de recours prévus par la législation en vigueur, le soumissionnaire qui conteste le choix opéré par le service contractant dans le cadre d'un appel d'offres ou d'un gré à gré après consultation, peut introduire un recours. Le recours est introduit dans les dix (10) jours à compter de la première publication de l'avis d'attribution provisoire du marché, dans le Bulletin officiel des marchés de l'opérateur public (BOMOP) ou la presse, auprès de la commission des marchés compétente, dans la limite des seuils fixés aux articles 136, 146, 147 et 148 ci-dessous. Si le dixième jour coïncide avec un jour férié ou un jour de repos légal, la date limite pour introduire un recours est prorogée au jour ouvrable suivant.

Dans les cas du concours et de la consultation sélective, le recours est introduit à l'issue de la procédure.

La commission des marchés compétente donne un avis dans un délai de quinze (15) jours, à compter de l'expiration du délai de dix (10) jours fixé ci-dessus. Cet avis est notifié au service contractant et au requérant.

En cas de recours, le projet de marché ne peut-être soumis à l'examen de la commission des marchés compétente qu'au terme d'un délai de trente (30) jours à compter de la date de publication de l'avis d'attribution provisoire du marché, correspondant aux délais impartis, respectivement, au recours, à l'examen du recours par la commission des marchés compétente et à la notification.

Dans ce cas, la commission des marchés compétente, dont la composition est fixée par les articles 133, 135 et 137 ci-dessous, se réunit en présence du représentant du service contractant avec voix consultative.

Les recours, pour les marchés relevant de la compétence de la commission des marchés des établissements publics, centres de recherche et de développement ou des entreprises publiques économiques, cités à l'article 2 ci-dessus, sont introduits selon le seuil de compétence de la commission des marchés concernée et la vocation géographique de l'établissement, auprès des commissions des marchés de commune, de wilaya, ministérielle ou nationales.

L'avis d'attribution provisoire du marché doit indiquer la commission des marchés compétente pour l'examen du recours.

L'annulation, par le service contractant, d'une procédure de passation d'un marché ou de son attribution provisoire, est soumise à l'accord préalable du ministre du responsable de l'institution nationale autonome ou du wali concerné.

Le service contractant publie l'annulation ou l'infructuosité de la procédure de passation d'un marché dans les mêmes formes que la publication de l'attribution provisoire du marché.

**Article 115 :** Les litiges nés à l'occasion de l'exécution du marché sont réglés dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Sans préjudice de l'application de ces dispositions, le service contractant doit, néanmoins, rechercher, une solution amiable aux litiges nés de l'exécution de ces marchés chaque fois que cette solution permet :

- de retrouver un équilibre des charges incombant à chacune des parties ;
- d'aboutir à une réalisation plus rapide de l'objet du marché ;
- d'obtenir un règlement définitif plus rapide et moins onéreux.

En cas d'accord des deux parties, celui-ci fera l'objet d'une décision du ministre, du responsable de l'institution nationale autonome, du wali ou du président de l'assemblée populaire communale, selon la nature des dépenses à engager dans le marché.

Cette décision est exécutoire, nonobstant l'absence de visa de l'organe de contrôle externe a priori.

Le partenaire cocontractant peut introduire, avant toute action en justice, un recours auprès de la commission nationale des marchés compétente, qui donne lieu, dans les trente (30) jours à compter de son introduction, à une décision.

Cette décision s'impose au service contractant, nonobstant l'absence de visa de l'organe de contrôle externe a priori, dans les conditions définies par les dispositions du décret exécutif n°91-314 du 7 septembre 1991 relatif à la procédure de réquisition des comptables publics par les ordonnateurs.

### TITRE V DU CONTROLE DES MARCHES Section préliminaire Dispositions générales

**Article 116 :** Les marchés conclus par le service contractant sont soumis au contrôle, préalablement à leur mise en vigueur, avant et après leur exécution.

**Article 117 :** Les contrôles auxquels sont soumis les marchés s'exercent sous la forme de contrôle interne, de contrôle externe et de contrôle de tutelle.

**Article 118 :** Sans préjudice des dispositions légales qui leur sont applicables par ailleurs, les différents contrôles prévus par le présent décret s'exercent sur les marchés, quelqu'en soit le type, selon des seuils déterminés.

**Article 119 :** Le service contractant doit établir, au début de chaque exercice budgétaire :

\* la liste de tous les marchés conclus durant l'exercice précédent ainsi que le nom des entreprises ou groupements d'entreprises attributaires ;

\* le programme prévisionnel des projets à lancer durant l'exercice considéré, qui pourrait être modifié, le cas échéant, au cours du même exercice.

Les informations précitées doivent être publiées obligatoirement dans le Bulletin officiel des marchés de l'opérateur public (BOMOP) et/ou dans le site internet du service contractant.

#### Section 1

#### Des différents types de contrôle Sous-section 1

#### Du contrôle interne

**Article 120 :** Sans préjudice des dispositions légales applicables au contrôle interne, celui-ci est exercé, au sens du présent décret, conformément aux textes portant organisation et statuts des différents services contractants.

Les modalités pratiques de cet exercice doivent préciser, notamment, le contenu de la mission de chaque organe de contrôle et les mesures nécessaires à la cohérence et à l'efficacité des opérations de contrôle.

Lorsque le service contractant est soumis à une autorité de tutelle, celle-ci arrête un schéma-type portant organisation et mission du contrôle des marchés.

**Article 121 :** Dans le cadre du contrôle interne, il est institué une commission permanente d'ouverture des plis auprès de chaque service contractant.

Le responsable du service contractant fixe, par décision, la composition de cette commission dans le cadre des procédures légales et réglementaires en vigueur.

**Article 122 :** La commission d'ouverture des plis a pour mission :

- de constater la régularité de l'enregistrement des offres sur un registre ad hoc ;
- de dresser la liste des soumissionnaires dans l'ordre d'arrivée des plis de leurs offres, avec l'indication du contenu, des montants des propositions et des rabais éventuels ;
- de dresser une description détaillée des pièces constitutives de chaque offre ;
- de dresser, séance tenante, le procès-verbal signé par tous les membres présents de la commission, qui doit
- contenir les réserves éventuelles formulées par les membres de la commission ;
- d'inviter, le cas échéant, par écrit, les soumissionnaires à compléter leurs offres techniques, dans un délai maximum de dix (10) jours, sous peine de rejet de leurs offres par la commission d'évaluation des offres, par les documents manquants exigés, à l'exception de la déclaration à souscrire, de la caution de soumission, quand elle est prévue et de l'offre technique proprement dite.

La commission d'ouverture des plis dresse, le cas échéant, un procès-verbal d'infructuosité signé par les membres présents, lorsqu'il est réceptionné une seule offre ou lorsqu'aucune offre n'est réceptionnée.

**Article 123 :** L'ouverture, en séance publique, des plis techniques et financiers, en présence de l'ensemble des soumissionnaires, préalablement informés, intervient, pendant la même séance, à la date et à l'heure d'ouverture des plis prévues à l'article 50 ci-dessus. Dans le cas de la procédure de consultation sélective, l'ouverture des plis techniques finaux et des plis financiers se déroule en deux phases. Dans le cas de la procédure du concours, l'ouverture des plis techniques, des plis des prestations et des plis financiers s'effectue en trois phases.

L'ouverture des plis des prestations n'est pas publique.

Les plis financiers du concours ne sont ouverts qu'à l'issue du résultat de l'évaluation des prestations par le jury telle que prévue à l'article 34 du présent décret.

Le service contractant est tenu de mettre en lieu sûr, sous sa responsabilité, les plis financiers, jusqu'à leur ouverture.

**Article 124 :** La commission d'ouverture des plis se réunit valablement quel que soit le nombre des membres présents.

**Article 125 :** Il est institué, auprès de chaque service contractant, une commission permanente d'évaluation des offres.

Cette commission, dont les membres sont désignés par décision du responsable du service contractant, composée de membres qualifiés choisis en raison de leur compétence, analyse les offres et, le cas échéant, les variantes d'offres en vue de dégager la ou les proposition(s) à soumettre aux instances concernées.

La qualité de membre de la commission d'évaluation des offres est incompatible avec celle de membre de la commission d'ouverture des plis.

Le service contractant peut faire appel, sous sa responsabilité, à toute compétence qui sera chargée de l'élaboration du rapport d'analyse des offres, pour les besoins de la commission d'évaluation des offres.

La commission d'évaluation des offres élimine les offres non conformes à l'objet du marché et au contenu du cahier des charges.

Elle procède à l'analyse des offres restantes en deux phases sur la base de critères et de la méthodologie prévus dans le cahier des charges.

Elle établit, dans une première phase, le classement technique des offres et élimine les offres qui n'ont pas obtenu la note minimale prévue au cahier des charges.

Les offres financières des soumissionnaires pré-qualifiés sont, dans une deuxième phase, examinées en tenant compte, éventuellement, des rabais consentis dans leurs offres, pour retenir conformément au cahier des charges, soit l'offre la moins-disante, lorsqu'il s'agit de prestations courantes, soit l'offre économiquement la plus avantageuse, lorsque le choix est essentiellement basé sur l'aspect technique des prestations.

Toutefois, la commission d'analyse des offres peut proposer, au service contractant, le rejet de l'offre retenue, si elle établit que l'attribution du projet entraînerait une domination du marché par le partenaire retenu ou fausserait, de toute autre manière, la concurrence dans le secteur concerné.

Dans ce cas, le droit de rejeter une offre de cette nature doit être dûment indiqué dans le cahier des charges de l'appel d'offres.

Si l'offre financière de l'opérateur économique, retenu provisoirement, paraît anormalement basse, le service contractant peut la rejeter, par décision motivée, après avoir demandé, par écrit, les précisions qu'il juge utiles et vérifié les justifications fournies.

Dans le cas de la procédure de consultation sélective, les offres financières des soumissionnaires pré-qualifiés techniquement sont, dans une deuxième phase, examinées pour retenir, conformément au cahier des charges, l'offre économiquement la plus avantageuse.

Dans le cas de la procédure de concours, la commission d'évaluation des offres propose au service contractant la liste des lauréats retenus. Leurs offres financières sont ensuite examinées pour retenir, conformément au cahier des charges, l'offre économiquement la plus avantageuse.

Les plis financiers des offres techniques éliminées sont restitués à leur titulaire, sans être ouverts.

Les résultats de l'évaluation des offres techniques et financières sont communiqués dans l'avis d'attribution provisoire du marché.

Ne sont communiqués dans l'avis d'attribution provisoire du marché que les résultats de l'évaluation des offres techniques et financières de l'attributaire provisoire du marché. Pour les autres soumissionnaires, le service contractant est tenu d'inviter, dans le même avis, ceux d'entre eux qui sont intéressés, de se rapprocher de ses services, au plus tard trois (3) jours à compter du premier jour de la publication de l'attribution provisoire du marché, à prendre connaissance des résultats détaillés de l'évaluation de leurs offres techniques et financières.

Le service contractant doit préciser dans l'avis d'attribution provisoire du marché, son numéro d'identification fiscale (NIF) et celui de l'attributaire provisoire du marché.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées par arrêté du ministre chargé des finances.

#### Sous-section 2

##### Du contrôle externe

**Article 126 :** Le contrôle externe, au sens du présent décret, et dans le cadre de l'action gouvernementale, a pour finalité de vérifier la conformité des marchés soumis aux organes externes visés à la section 2 du présent titre, à la législation et à la réglementation en vigueur.

Le contrôle externe tend également à vérifier si l'engagement du service contractant correspond à une action régulièrement programmée.

#### Sous-section 3

##### Du contrôle de tutelle

**Article 127 :** Le contrôle de tutelle, exercé par l'autorité de tutelle, a pour finalité, au sens du présent décret, de vérifier la conformité des marchés passés par le service contractant aux objectifs d'efficacité et d'économie et de s'assurer que l'opération, objet du marché, entre effectivement dans le cadre des programmes et priorités assignés au secteur.

Un rapport d'évaluation portant sur les conditions de réalisation du projet et son coût global par rapport à l'objectif initial, est établi par le service contractant à sa réception définitive.

Ce rapport est adressé, selon la nature de la dépense engagée, au ministre, au wali ou au président de l'assemblée populaire communale concerné ainsi qu'à l'organe de contrôle externe compétent.

#### Section 2

##### Des organes de contrôle

**Article 128 :** Il est institué, auprès de chaque service contractant, une commission des marchés chargée du contrôle a priori des marchés publics, dans la limite des seuils de compétence fixés aux articles 136, 146, 147 et 148 ci-dessus.

Cette commission est mise en place par son président dès la désignation de ses membres.

Le responsable de l'institution nationale autonome, prévue à l'article 2 ci-dessus, fixe la composition de la commission des marchés placée auprès de l'institution considérée. Les attributions de cette commission ainsi que ses règles de fonctionnement sont celles prévues pour la commission ministérielle des marchés.



**Article 129 :** Le contrôle externe a priori des marchés conclus par le ministère de la défense nationale relève exclusivement de la commission (s) placée (s) auprès du ministère de la défense nationale qui fixe sa (leur) composition et ses (leurs) attributions.

Sous-section 1

### **De la compétence et de la composition de la commission des marchés**

**Article 130 :** La commission des marchés apporte son assistance en matière de préparation et de formalisation des marchés publics, et donne un avis sur tout recours introduit par le soumissionnaire qui conteste le choix opéré par le service contractant.

**Article 131 :** Le contrôle externe est exercé par les organes de contrôle dont la composition et les compétences sont définies ci-dessous.

**Article 132 :** Les projets de cahier des charges des appels d'offres sont soumis à l'examen de la commission des marchés compétente, préalablement au lancement de l'appel d'offres, suivant une estimation administrative du projet, dans les conditions fixées par l'article 11 ci-dessus.

Cet examen donne lieu, dans un délai de quarante-cinq (45) jours, à une décision (visa) de la commission des marchés compétente, valable pour une durée de trois (3) mois à compter de sa signature. Passé ce délai, lesdits cahiers des charges sont soumis de nouveau à l'examen de la commission des marchés compétente.

Le service contractant s'assure que la commande, objet du cahier des charges, n'est pas orientée vers un produit ou un opérateur économique déterminé.

Le service contractant est dispensé du visa préalable de la commission des marchés compétente pour les opérations à caractère répétitif et/ou de même nature, lancées sur la base d'un cahier des charges-type déjà approuvé, dans la limite des seuils de compétence prévus par les articles 136, 146, 147 et 148 ci-dessous.

**Article 133 :** La commission ministérielle des marchés est compétente pour l'examen, dans la limite des seuils fixés aux articles 146, 147 et 148 ci-dessous, des projets de marchés de l'administration centrale. La commission ministérielle des marchés est composée :

- du ministre concerné ou de son représentant, président ;
- d'un représentant du service contractant ;
- de deux (2) représentants du ministre chargé des finances ( direction générale du budget et direction générale de la comptabilité ) ;
- d'un représentant du ministre chargé du commerce.

**Article 134 :** La commission des marchés de l'établissement public national, centre de recherche et de développement national, la structure déconcentrée de l'établissement public national à caractère administratif, l'entreprise publique économique, cités à l'article 2 ci-dessus, compétente dans la limite des seuils fixés aux articles 146, 147 et 148 ci-dessous, est composée :

- d'un représentant de l'autorité de tutelle, président ;
- du directeur général ou du directeur de l'établissement ou de l'entreprise ;
- de deux (2) représentants du ministre chargé des finances ( direction générale du budget et direction générale de la comptabilité ) ;
- d'un représentant du ministre des ressources en eau ;
- d'un représentant du ministre des travaux publics ;
- d'un représentant du ministre du commerce ;
- d'un représentant du ministre de l'habitat et de l'urbanisme.

La liste des structures déconcentrées des établissements publics nationaux, suscitées, est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre concerné.

**Article 135 :** La commission des marchés de wilaya est composée :

- du wali ou de son représentant, président ;
- de trois (3) représentants de l'assemblée populaire de wilaya ;
- de deux (2) représentants du ministre chargé des finances (service du budget et service de la comptabilité) ;
- du directeur de wilaya de la planification et de l'aménagement du territoire ;
- du directeur de wilaya de l'hydraulique ;
- du directeur de wilaya des travaux publics ;
- du directeur de wilaya du commerce ;
- du directeur de wilaya du logement et des équipements publics ;
- du directeur de wilaya du service technique concerné par la prestation.

**Article 136 :** La commission des marchés de wilaya est compétente pour l'examen des projets :

- de marchés de la wilaya et des services déconcentrés de l'Etat, dont le montant est égal ou inférieur aux seuils fixés aux articles 146, 147 et 148 ci-dessous ;
- de marchés de la commune et des établissements publics locaux, dont le montant est égal ou supérieur à cinquante millions de dinars (50.000.000 DA) pour les marchés de travaux ou de fournitures, et à vingt millions de dinars (20.000.000 DA) pour les marchés d'études ou de services.

**Article 137 :** La commission communale des marchés compétente pour l'examen des projets de marchés de la commune dans la limite des seuils fixés à l'article 136 ci-dessus, est composée :

- du président de l'assemblée populaire communale ou son représentant, président ;
- d'un représentant du service contractant ;
- de deux (2) élus représentants de l'assemblée populaire communale ;
- de deux (2) représentants du ministre chargé des finances (service du budget et service de la comptabilité) ;
- d'un représentant du service technique intéressé par la prestation.

**Article 138 :** La commission des marchés de l'établissement public local, de la structure déconcentrée de l'établissement public national à caractère administratif, non citée dans la liste prévue à l'article 134 ci-dessus, compétente pour l'examen des projets de marchés dans la limite des seuils fixés à l'article 136 ci-dessus, est composée :

- du représentant de l'autorité de tutelle, président ;
- du directeur général ou du directeur de l'établissement ;
- d'un représentant élu de l'assemblée de la collectivité territoriale concernée ;
- de deux (2) représentants du ministre chargé des finances (service du budget et service de la comptabilité) ;
- d'un représentant du service technique intéressé par la prestation.

**Article 139 :** A l'exception de ceux désignés ès qualité, les membres des commissions des marchés et leurs suppléants sont nommément désignés en cette qualité par leur administration pour une durée de trois (3) ans renouvelable.

Les membres représentant le service contractant et le service bénéficiaire des prestations siègent ponctuellement et en fonction de l'ordre du jour. Le représentant du service contractant est chargé de fournir à la commission des marchés toutes les informations nécessaires à la compréhension du marché dont il assure la présentation.

**Article 140 :** La commission des marchés du service contractant doit adopter le règlement intérieur-type approuvé dans les conditions prévues à l'article 156 ci-dessous.

**Article 141 :** L'exercice du contrôle par la commission des marchés du service contractant est sanctionné par l'octroi ou le refus du visa donné dans les vingt (20) jours à compter du dépôt du dossier complet auprès du secrétariat de cette commission.

**De la compétence et de la composition des commissions nationales des marchés**

**Article 142 :** Il est institué les commissions nationales des marchés suivantes :

- la commission nationale des marchés de travaux ;
- la commission nationale des marchés de fournitures ;
- la commission nationale des marchés d'études et de services.

**Article 143 :** Les attributions des commissions nationales des marchés sont :

- la participation à l'élaboration de la réglementation des marchés publics ;
- le contrôle de la régularité des procédures de passation des marchés publics.

**Article 144 :** En matière de contrôle de régularité des procédures de passation des marchés publics, les commissions nationales des marchés :

- examinent les projets de cahiers des charges qui relèvent de leurs compétences ;
- examinent les projets de marchés et d'avenants qui relèvent de leurs compétences ;
- examinent les recours qui relèvent de leurs compétences, introduits par les soumissionnaires qui contestent le choix opéré par le service contractant dans le cadre d'un avis d'appel d'offres ou d'un gré à gré après consultation ;
- examinent les recours introduits par les cocontractants avant toute action en justice, sur les litiges nés à l'occasion de l'exécution d'un marché ;
- sont saisies des difficultés nées de l'application de ses décisions ;
- veillent à l'application uniforme des règles édictées par le présent décret.

**Article 145 :** En matière de réglementation, les commissions nationales des marchés :

- proposent toute mesure de nature à améliorer les conditions de passation des marchés publics ;
- élaborent et proposent un règlement intérieur-type régissant le fonctionnement des commissions des marchés, visé aux articles 140 et 156 du présent décret.

**Article 146 :** En matière de contrôle, la commission nationale des marchés de travaux se prononce sur tout projet :

- de marché de travaux dont le montant est supérieur à six cent millions de dinars (600.000.000 DA) ainsi que tout projet d'avenant à ce marché, dans la limite du seuil fixé à l'article 106 du présent décret ;
- de marché contenant la clause prévue à l'article 106 du présent décret et dont l'application est susceptible de porter le montant initial à celui fixé ci-dessus et au-delà ;
- d'avenant qui porte le montant initial du marché au seuil fixé ci-dessus et au-delà.

**Article 147 :** En matière de contrôle, la commission nationale des marchés de fournitures se prononce sur tout projet :

- de marché de fournitures dont le montant est supérieur à cent cinquante millions de dinars (150.000.000 DA) ainsi que tout projet d'avenant à ce marché, dans la limite du seuil fixé à l'article 106 du présent décret ;
- de marché contenant la clause prévue à l'article 106 du présent décret et dont l'application est susceptible de porter le montant initial à ceux fixés ci-dessus et au-delà ;
- d'avenant qui porte le montant initial du marché au seuil fixé ci-dessus et au-delà.

**Article 148 :** En matière de contrôle, la commission nationale des marchés d'études et de services se prononce sur tout projet :

- de marché de services dont le montant est supérieur à cent millions de dinars (100.000.000 DA) ainsi que tout avenant à ce marché, dans la limite du seuil fixé à l'article 106 du présent décret ;
- de marché d'études dont le montant est supérieur à soixante millions de dinars (60.000.000 DA) ainsi que tout projet d'avenant à ce marché, dans la limite du seuil fixé à l'article 106 du présent décret ;
- de marché contenant la clause prévue à l'article 106 du présent décret et dont l'application est susceptible de porter le montant initial à ceux fixés ci-dessus et au-delà ;
- d'avenant qui porte le montant initial du marché aux seuils fixés ci-dessus et au-delà.

**Article 149 :** La commission nationale des marchés de travaux est composée comme suit :

- du ministre des finances ou son représentant, président ;
- du représentant du ministre des finances (division des marchés publics), vice-président ;
- du représentant du ministre de la défense nationale ;
- du représentant du ministre de l'intérieur et des collectivités locales ;
- du représentant du ministre des affaires étrangères ;
- de deux (2) représentants du ministre chargé des finances (direction générale du budget et direction générale de la comptabilité) ;
- du représentant du ministre de la justice ;
- du représentant du ministre des ressources en eau ;
- du représentant du ministre des transports ;
- du représentant du ministre des travaux publics ;
- du représentant du ministre du commerce ;
- du représentant du ministre de l'habitat et de l'urbanisme ;
- du représentant du ministre de l'industrie, de la petite et moyenne entreprise et de la promotion de l'investissement ;
- du représentant du ministre de tutelle du service contractant, lorsque celui-ci n'est pas représenté au sein de la commission.

Dans le cas d'une fusion de départements ministériels, le ministre concerné désigne un seul représentant.

**Article 150 :** La commission nationale des marchés de fournitures est composée comme suit :

- du ministre des finances ou son représentant, président ;
- du représentant du ministre des finances (division des marchés publics), vice-président ;
- du représentant du ministre de la défense nationale ;
- du représentant du ministre de l'intérieur et des collectivités locales ;
- du représentant du ministre des affaires étrangères ;
- de deux (2) représentants du ministre des finances (direction générale du budget et direction générale de la comptabilité) ;
- du représentant du ministre de l'éducation nationale ;
- du représentant du ministre de la justice ;
- du représentant du ministre du commerce ;
- du représentant du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;
- du représentant du ministre de la formation et de l'enseignement professionnels ;
- du représentant du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;
- du représentant du ministre de l'industrie, de la petite et moyenne entreprise et de la promotion de l'investissement ;
- du représentant du ministre de tutelle du service contractant, lorsque celui-ci n'est pas représenté au sein de la commission.

Dans le cas d'une fusion de départements ministériels, le ministre concerné désigne un seul représentant.



**Article 151 :** La commission nationale des marchés d'études et de services est composée comme suit :

- du ministre des finances ou son représentant, président ;
- du représentant du ministre des finances (division des marchés publics), vice-président ;
- du représentant du ministre de la défense nationale ;
- du représentant du ministre de l'intérieur et des collectivités locales ;
- du représentant du ministre des affaires étrangères ;
- de deux (2) représentants du ministre des finances (direction générale du budget et direction générale de la comptabilité) ;
- du représentant du ministre des ressources en eau ;
- du représentant du ministre des transports ;
- du représentant du ministre des travaux publics ;
- du représentant du ministre du commerce ;
- du représentant du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;
- du représentant du ministre de l'habitat et de l'urbanisme ;
- du représentant du ministre de l'industrie, de la petite et moyenne entreprises et de la promotion de l'investissement ;
- du représentant du ministre de tutelle du service contractant, lorsque celui-ci n'est pas représenté au sein de la commission.

Dans le cas d'une fusion de départements ministériels, le ministre concerné désigne un seul représentant.

**Article 152 :** En cas d'absence ou d'empêchement de leurs présidents, les commissions nationales des marchés sont présidées par les vice-présidents mentionnés aux articles 149, 150 et 151 cités ci-dessus.

**Article 153 :** Les membres des commissions nationales des marchés et leurs suppléants sont désignés nommément par arrêté du ministre chargé des finances, sur proposition du ministre dont ils dépendent. Ils sont choisis en raison de leur compétence.

A l'exception du président et du vice-président, les membres des commissions nationales des marchés et leurs suppléants sont nommément désignés en cette qualité par leur administration pour une durée de trois (3) ans renouvelable.

Les commissions nationales des marchés sont renouvelées par un tiers (1/3) tous les trois (3) ans. Le nombre maximum de mandats est fixé à trois.

**Article 154 :** Le représentant du service contractant, avec voix consultative, siège ponctuellement aux commissions nationales des marchés. Il est chargé de fournir toutes informations nécessaires à la compréhension du marché dont il assure la présentation.

**Article 155 :** L'exercice du contrôle par les commissions nationales des marchés est sanctionné par l'attribution d'un visa émis dans les quarante-cinq (45) jours au plus tard à compter du dépôt du dossier complet auprès des secrétariats de ces commissions.

**Article 156 :** Les commissions nationales des marchés adoptent le règlement intérieur-type approuvé par décret exécutif.

#### Sous-section 3

#### Dispositions communes

**Article 157 :** Les commissions nationales des marchés et la commission des marchés du service contractant, ci-dessous dénommées "la commission", se réunissent à l'initiative de leur président.

**Article 158 :** La commission peut faire appel, à titre consultatif, à toute personne experte susceptible d'éclairer ses travaux.

**Article 159 :** La commission ne peut siéger valablement qu'en présence de la majorité absolue de ses membres.

Quand ce quorum n'est pas atteint, elle se réunit à nouveau dans les huit (8) jours qui suivent et délibère valablement, quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont toujours prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

**Article 160 :** Les membres de la commission sont tenus de participer personnellement aux réunions de celle-ci. Ils ne peuvent se faire représenter que par leurs suppléants.

**Article 161 :** Des indemnités sont attribuées aux membres des commissions des marchés, aux membres du jury de concours, aux rapporteurs et aux responsables chargés des secrétariats des commissions des marchés.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par décret exécutif.

**Article 165 :** Un membre de la commission est désigné par le président, en vue de la présentation à la commission d'un rapport d'analyse du dossier. A cet effet, l'ensemble du dossier lui est transmis au moins huit (8) jours avant la tenue de la réunion prévue pour l'examen du dossier.

En ce qui concerne les projets de marchés examinés par les commissions nationales des marchés, le rapport d'analyse du dossier est présenté par un fonctionnaire qualifié du ministère chargé des finances ou, en tant que de besoin, par un expert. Le fonctionnaire ou l'expert est désigné spécifiquement pour chaque dossier par les présidents des commissions nationales des marchés.

**Article 163 :** Toute personne siégeant à la commission, à quelque titre que se soit, est tenue au secret professionnel.

**Article 164 :** La commission est un centre de décision en matière de contrôle des marchés relevant de sa compétence. A ce titre, elle délivre un visa dans le cadre de la mise en vigueur du marché.

**Article 165 :** Le visa de la commission peut-être accordé ou refusé. En cas de refus, celui-ci doit être motivé ; en tout état de cause, tout manquement constaté par la commission à la législation et/ou à la réglementation en vigueur constitue un motif de refus de visa.

Le visa peut être assorti de réserves suspensives ou non suspensives. Les réserves sont suspensives lorsqu'elles s'attachent au fond du marché. Les réserves non suspensives sont celles qui s'attachent à la forme du marché. Le projet de marché est soumis par le service contractant qui aura apuré, au préalable, les réserves éventuelles accompagnant le visa délivré par l'organe de contrôle externe a priori compétent, aux organes financiers, en vue de l'engagement de la dépense, avant son approbation par l'autorité compétente et sa mise en exécution.

Par ailleurs, le projet de marché peut faire l'objet d'un report pour complément d'information ; dans ce cas les délais sont suspendus et ne recommencent à courir qu'à compter du jour où le complément d'information demandé est fourni.

Dans tous les cas et, au plus tard, dans les huit (8) jours après la tenue de la séance, les décisions visées au présent article doivent être notifiées au service contractant concerné ainsi qu'à son autorité de tutelle.

La mise en vigueur du marché ou de l'avenant visé par la commission compétente doit intervenir au plus tard dans les trois (3) mois qui suivent la date de délivrance du visa. Passé ce délai, ledit marché ou avenant est soumis de nouveau à l'examen de la commission compétente.

**Article 166 :** Le visa doit obligatoirement être sollicité par le service contractant. Le visa global délivré par les commissions des marchés publics s'impose au service contractant, au contrôleur financier et au comptable assignataire.

Lorsque le service contractant renonce à la passation d'un marché ayant fait l'objet d'un visa, il doit en informer obligatoirement la commission compétente.

Une copie de la décision de visa du marché ou de l'avenant est déposée obligatoirement, contre accusé de réception, par le service contractant, dans les quinze (15) jours qui suivent sa délivrance, auprès des services territorialement compétents de l'administration fiscale et de la sécurité sociale.

**Article 167 :** Une fiche analytique et un rapport de présentation de chaque projet de marché comportant les éléments essentiels à l'exercice de leur mission, sont communiqués aux membres de la commission. La fiche analytique accompagnée du rapport de présentation, établie par le service contractant, conformément à un modèle fixé par le règlement intérieur, est transmise dans un délai minimal de huit (8) jours avant la tenue de la réunion de la commission.

**Article 168 :** Si le visa n'est pas émis dans les délais limites, le service contractant saisit le président qui réunit la commission des marchés compétente dans les huit (8) jours qui suivent cette saisine. Celle-ci doit statuer, séance tenante, à la majorité simple des membres présents.

**Article 169 :** Le secrétariat permanent de la commission, placé sous l'autorité du président de la commission, assure l'ensemble des tâches matérielles nécessitées par sa fonction et notamment celles énumérées ci-après :

- la vérification que le dossier présenté est complet par référence aux dispositions du présent décret et précisées par le règlement intérieur ;
- l'enregistrement des dossiers des projets de marchés et d'avenants ainsi que tout document complémentaire pour lequel il délivre un accusé de réception ;
- l'établissement de l'ordre du jour ;
- la convocation des membres de la commission, des représentants du service contractant et des consultants éventuels ;
- la transmission des dossiers aux rapporteurs ;
- la transmission de la fiche analytique du marché et du rapport de présentation aux membres de la commission ;
- la rédaction des visas, notes et procès-verbaux de séances ;
- l'élaboration des rapports trimestriels d'activités ;
- l'accès, pour les membres de la commission, aux informations et documents qu'il détient ;
- le suivi, en relation avec le rapporteur, de l'apurement des réserves visées à l'article 165 du présent décret.

**Article 170 :** En cas de refus de visa par la commission des marchés du service contractant :

- le ministre ou le responsable de l'institution nationale autonome concerné, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée dont il tient informé le ministre chargé des finances ;
- le wali, dans les limites de ses attributions, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée dont il informe les ministres de l'intérieur et des collectivités locales et des finances ;
- le président de l'assemblée populaire communale, dans les limites de ses attributions, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée dont il informe le wali compétent.

Dans tous les cas, une copie de la décision de passer outre est transmise au ministre chargé des finances, à la commission des marchés concernée et à la Cour des comptes.

**Article 171 :** En cas de refus de visa par les commissions nationales des marchés, le ministre ou le responsable de l'institution nationale autonome concerné, sur rapport du service contractant, peut passer outre par décision motivée.

Une copie de la décision de passer outre est communiquée au ministre chargé des finances, à la commission nationale des marchés concernée et à la Cour des comptes.

**Article 172 :** La décision de passer outre ne peut intervenir en cas de refus de visa motivé par la non conformité à des dispositions législatives. La décision de passer outre peut intervenir en cas de refus de visa motivé par la non conformité à des dispositions réglementaires.

En tout état de cause, une décision de passer outre ne peut intervenir après un délai de quatre-vingt-dix (90) jours, à compter de la date de notification du refus de visa.

## TITRE VI DE LA COMMUNICATION ET DE L'ECHANGE DES INFORMATIONS PAR VOIE ELECTRONIQUE

### Section 1

#### De la communication par voie électronique

**Article 173 :** Il est institué, auprès du ministre chargé des finances, un portail électronique des marchés publics.

Le contenu et les modalités de gestion du portail sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances.

### Section 2

#### De l'échange des informations par voie électronique

**Article 174 :** Les services contractants peuvent mettre les documents de l'appel à la concurrence à disposition des soumissionnaires ou candidats aux marchés publics par voie électronique.

Les soumissionnaires ou candidats aux marchés publics peuvent répondre aux appels à la concurrence par voie électronique.

Les modalités d'application de cet article sont fixées par arrêté du ministre chargé des finances.

## TITRE VII

## DE L'OBSERVATOIRE ET DU RECENSEMENT ECONOMIQUE DE LA COMMANDE PUBLIQUE

### Section 1

#### De l'observatoire économique de la commande publique

**Article 175 :** Il est créé auprès du ministre chargé des finances un Observatoire économique de la commande publique.

Il est chargé d'effectuer annuellement un recensement économique de la commande publique, d'analyser les données relatives aux aspects économiques et techniques de la commande publique et de faire des recommandations au Gouvernement.

Les missions, la composition, l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Observatoire sont fixées par décret exécutif.

### Section 2

#### Du recensement économique de la commande publique

**Article 176 :** Le service contractant établit des fiches statistiques qu'il transmet à l'Observatoire de la commande publique.

Le modèle de la fiche précitée ainsi que les modalités de ce recensement sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances.

## TITRE VIII

## DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

**Article 177 :** Le non-respect des dispositions du présent décret expose aux sanctions prévues par la législation en vigueur.

**Article 178 :** Les commissions des marchés continuent à fonctionner conformément au dispositif en vigueur à la date de publication du présent décret au *Journal Officiel*, en attendant la publication du règlement intérieur-type qui sera approuvé par décret exécutif, au plus tard le 31 décembre 2010.

**Article 179 :** Les dispositions du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, modifié et complété, portant réglementation des marchés publics sont abrogées.

**Article 180 :** Les marchés publics pour lesquels un avis d'appel d'offres a été transmis pour publication ou une consultation a été lancée, avant la promulgation du présent décret, demeurent régis, pour leur passation, par les dispositions du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, modifié et complété, susvisé.

Les marchés publics notifiés antérieurement à l'entrée en vigueur du présent décret demeurent régis, pour leur exécution, par les dispositions du décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, modifié et complété, susvisé.

**Article 181 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 Chaoual 1431 correspondant au 7 octobre 2010.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

**Arrêté du 21 juillet 1987 fixant le modèle type du registre d'inventaire d'objets mobiliers.**

Le ministre des finances,

Vu la loi n° 84-16 du 30 juin 1984 relative au domaine national, notamment ses articles 5 et 28 à 34 ;

Vu le décret n°87-131 du 26 mai 1987 fixant les conditions et modalités d'administration et de gestion des biens du domaine particulier et du domaine public de l'état ;

Vu le décret n° 87-135 du 2 juin 1987 relatif à l'inventaire des biens du domaine national, notamment son article 33 :

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le registre d'inventaire prévu par l'article 33 du décret n° 87-135 du 2 juin 1987 susvisé est fixé conformément au modèle type joint en annexe du présent arrêté.

**Article 2** : Avant toute utilisation, le registre d'inventaire doit être coté et paraphé par le chef de service, cette formalité consistant à :  
Numéroter chaque feuillet si ce n'est déjà fait à l'impression, le feuillet étant constitué d'une double page ouverte,  
Porter sur la page de garde, la mention suivante qui sera datée et signée « le présent registre d'inventaire contenant..... Feuilles a été coté et paraphé par (nom, prénom et grade du chef du service »,  
Porter près du numéro du feuillet, le cachet du service et le paraphe du chef de service,  
Inscrire sur le dernier feuillet la mention « nième et dernier feuillet » qui sera également signé.

**Article 3** : Les colonnes de chaque feuillet devront être arrêtées conformément aux indications suivantes :

1<sup>ère</sup> colonne : Numéro d'inscription – Les numéros doivent former une suite ininterrompue pour un registre,

2<sup>ème</sup> colonne : Date de prise en inventaire : Elle correspond à la date à laquelle l'objet est inscrit sur le registre pour la première fois,

3<sup>ème</sup> colonne : Désignation de l'objet - L'objet inscrit doit être décrit de manière succincte mais précise,

4<sup>ème</sup> colonne : Provenance des objets – La provenance de l'objet inventorié doit être mentionné avec précision (achat suivant facture établie par....le.....affectation suivant décision établie par .....le.....)

5<sup>ème</sup> colonne : valeur – Correspond au prix d'acquisition de l'objet ou, à défaut, à la valeur estimée à la date de prise en inventaire,

6<sup>ème</sup> colonne : Affectation – Constate l'affectation de l'objet inventorié à l'intérieur du service, ou, lorsque l'opération est possible, à un autre service,

7<sup>ème</sup> colonne : sortie d'inventaire – Il y est fait référence aux documents constatant toute opération entraînant la sortie d'inventaire dont les causes peuvent être multiples (réforme suivant décision n° ..... du..... destruction, perte, vol, constaté par P.V. n° ..... Du .....

8<sup>ème</sup> colonne : Observations – Doit contenir toutes observations qu'il serait utile d'y porter.

**Article 4** : Lorsque l'inventaire des biens mobiliers d'un service repose sur plusieurs registres successifs, chacun deux doit être désigné par une lettre et le numéro d'inventaire d'un objet est alors composé de son numéro d'inscription suivi de l'indicatif de la lettre.

**Article 5** : - Les modalités d'application du présent arrêté seront précisées en tant que de besoin, par une instruction du ministre des finances.

**Article 6** : Le présent arrêté sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 21 juillet 1987.

P. Le ministre des finances  
Le secrétaire général  
**Mohamed TERBECHÉ**

ANNEXE

REGISTRE D'INVENTAIRE

(Modèle type)

Feuillet n°.....

N° d'inscription	Date de prise en inventaire	Désignation de l'objet	Provenance	Valeur	Affectation	Sortie	Observations
1	2	3	4	5	6	7	8

## REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ECONOMIE  
LE MINISTRE DELEGUE AU BUDGET

N° 889 E/DGDN/DSIN/92

Alger le 01 DEC.1992

### **INSTRUCTION relative à l'inventaire des biens mobiliers des administrations et institutions publiques de l'Etat**

L'instruction du 23 Mai 1988, N° 2461/F/86/DADS, avait précisé les modalités de la mise en œuvre des dispositions de la loi n° 84-16 du 30 juin 1984 relative au domaine national et du décret n° 87-135 du 2 juin 1987 relatif à l'inventaire du domaine national, concernant l'institution et la tenue de l'inventaire des biens mobiliers détenus par les administrations et institutions publiques de l'Etat.

La loi et le décret précités ayant été abrogés et remplacés respectivement par la loi n° 90-30 du 1<sup>er</sup> Décembre 1990 portant loi domaniale et le décret n° 91-455 du 23 Novembre relative à l'inventaire des biens du domaine national, il a paru opportun d'actualiser l'instruction susvisée en rappelant par la même occasion les principes régissant la matière tels qu'ils découlent des articles 17 à 29 dudit décret.

Il convient de souligner enfin que l'arrêté du 21 juillet 1987 publié au journal officiel n° 53 du 26 Décembre 1987 et qui a fixé le modèle type de registre d'inventaire d'objets mobiliers, demeure toujours en vigueur.

#### **1)- BUT DE LA TENUE DU REGISTRE D'INVENTAIRE**

La tenue du registre d'inventaire répond au souci de connaître à tout moment la consistance du patrimoine mobilier détenu par chaque structure publique, l'utilisation qui en est faite ainsi que les conditions dans lesquelles en sont assurées la gestion, la conservation et la maintenance.

Elle a pour but également, de permettre à toute structure de justifier, en ce qui concerne chacun des objets qu'elle a acquis ou qu'elle a reçus :

Soit son existence effective.

Soit sa réforme et sa remise du service des domaines, aux fins d'aliénation.

Il est rappelé à cet égard que, en exécution des dispositions de l'article 19 du décret précité du 23 Novembre 1991, il devait être procédé dans un délai d'un an à compter du 24 Novembre 1991, date de sa publication au *Journal Officiel*, à la refonte de tous les inventaires mobiliers des administrations et institutions concernées pour les rendre conformes aux prescriptions réglementaires édictées par l'arrêté susvisé.

#### **2)- DEFINITIONS DES OBJETS INVENTORIABLES**

Tous les biens mobiliers, y compris le cheptel vif, quelle qu'en soit la nature ou la provenance, détenus par les institutions, services, organismes et établissements publics de l'Etat et des collectivités locales, non assujettis à l'ordonnance n° 75-35 du 29 Avril 1975 portant plan comptable national, doivent être inscrits au registre d'inventaire, à l'exception :

des objets consommables par le premier usage au sens de l'article 21 du décret du 23 Novembre 1991 ;

des objets non consommables par le premier usage dont la valeur d'achat unitaire ne dépasse pas trois cents (300) dinars.

Il y a lieu de rappeler que l'article 31 du décret du 2 Juin 1987 avait limité à cent (100) dinars, la valeur unitaire des objets non consommables par le premier usage qui ne sont pas susceptibles d'être inventoriés.

Pour tenir compte de l'évolution des prix, ce chiffre a été porté à trois cents (300) dinars par arrêté du 1<sup>er</sup> Février 1992.

Sont réputés objets consommables par le premier usage ceux qui, pratiquement, ne peuvent servir qu'une seule fois comme notamment le papier, les carburants, les combustibles et lubrifiants, les denrées, les produits de laboratoire, les produits servant au nettoyage, les matériaux de construction, les semences et engrais, les produits pharmaceutiques, les désinfectants etc.....

Pour ces objets non inventoriés, il est indispensables d'instituer un inventaire spécial permettant un contrôle aisé des quantités consommées, par la tenue d'un compte d'emploi pour certains objets de consommations tels les carburants et les lubrifiants, les modalités de contrôle étant laissées à l'initiative du chef de service.

Tous les autres objets qui ne répondent pas à la définition ci-dessus, doivent être pris en inventaire, à l'exception toutefois, de ceux dont la valeur d'achat unitaire ne dépasse pas trois cents (300) dinars.

En raison des variations de prix constatées, il est précisé que la base à retenir pour déterminer si l'objet vaut ou non moins de trois cents (300) dinars est le prix d'acquisition. Tout objet qui a été acheté à plus de trois cents (300) dinars doit être inventorié, quant à ceux dont le prix était égal ou inférieur à cette somme, il convient de ne les exclure que si leur valeur actuelle demeure toujours au-dessous de ce seuil.

#### **3)- SERVICES CHARGES A LA TENUE DU REGISTRE D'INVENTAIRE**

L'article 17 du décret du 23 novembre 1991 astreint à la tenue du registre d'inventaire les institutions, services, organismes et établissements publics de l'Etat et des collectivités locales non soumis à l'ordonnance n° 75-35 du 29 Avril 1975 portant plan comptable national, c'est-à-dire dont la gestion obéit aux règles de la comptabilité publique.

L'article 18 du même décret stipule que l'inventaire des biens mobiliers est dressé « sous la responsabilité personnelle et directe des agents publics légalement habilités à assurer, dans le cadre de leurs fonctions respectives, la direction des moyens et la gestion des moyens généraux, selon les règles administratives et celles de la comptabilité publique »

Cette définition englobe :

Les services gestionnaires de l'administration centrale.

Les ordonnateurs secondaires, remarque étant faite que dans les administrations ayant cette qualité, et dont l'importance justifié la subdivision en plusieurs services gestionnaires et un service comptable, chaque service gestionnaire sert un registre d'inventaire selon les instructions données par le chef de la dite administration; c'est le cas des différents services déconcentrés de l'Etat.

Les règles comptables de dépenses, le registre étant tenu par le titulaire de la régie (agent comptable) sous sa responsabilité et conformément aux directives émanant du Chef de Service auprès duquel fonctionne la régie.

#### **4)- LE REGISTRE D'INVENTAIRE :**

Le registre d'inventaire dont le modèle-type est fixé par l'arrêté susvisé du 21 Juillet 1987, doit avant toute utilisation être coté et paraphé par le chef de Service cette formalité consistant à :

numéroter chaque feuillet, si ce n'est déjà fait à l'impression, le feuillet étant constitué d'une double page ouverte ; porter sur la page de garde, la mention suivante datée et signée : « le présent registre d'inventaire contenant...feuilles a été coté et paraphé par (nom, prénoms et grade du chef de service) ».

porter près du numéro du feuillet, le cachet du service et le paragraphe du chef de service ;

inscrire sur le dernier feuillet, la mention « Nième et dernier feuillet » qui sera également signée.

Un « livre spécial d'inventaire » ou « catalogue » de même contexture est à prévoir soit en annexe au registre d'inventaire, soit sur un registre distinct, pour la prise en charge d'ouvrages ou collections d'ouvrages acquis par les services et détenus, soit dans les bibliothèques, soit par les personnels des services.

Ce livre spécial d'inventaire ou « catalogue » tenu sous la responsabilité personnelle de l'agent chargé de la bibliothèque, constate la prise en charge et l'existence réelle de l'ouvrage avec les indications et les références permettant son identification et son contrôle.

Il est évident que n'y seront inscrits que les livres proprement dits, à l'exclusion des publications périodiques, même si leur valeur unitaire excède trois cent (300) dinars.

#### **5)- TENUE DU REGISTRE D'INVENTAIRE**

##### **5-1- Inscription des objets à l'inventaire**

Chaque objet doit être inscrit sous un numéro distinct. Sa description doit être aussi succincte que précise et comprendre notamment les numéros de fabrications portés par le fabricant ou le constructeur. Bien entendu, il est inutile de produire cette description pour chaque numéro lorsqu'il s'agit d'une série d'objets identique, sauf, toutefois à distinguer ceux-ci par le numéro de fabrication s'ils en comportent.

Les objets mobiliers constitués par l'assemblage de pièces considérées comme formant un tout, sont inscriptibles sous un même numéro. C'est le cas notamment des véhicules automobiles comportant tous les accessoires dont ils sont habituellement dotés à la sortie d'usine (pneumatiques, cric, trousse à outils, etc...) Ces accessoires, de même que les équipements spéciaux (postes radio notamment), doivent cependant être décrits dans la colonne « désignation ».

Les pièces de remplacements acquises séparément sont, par contre, prises à l'inventaire sous un numéro distinct, individuellement (pièces mécanique de toutes sortes, pneumatique, batteries, accessoires et équipements).

Le même principe doit être retenu pour toutes les machines répondant à la définition donnée ci avant.

Lorsque l'inventaire d'un service repose sur plusieurs registres successifs chaque registre doit être désigné par un numéro ou par une lettre, de sorte que le numéro d'inventaire d'un objet comporte soit un chiffre fractionnaire- numéro d'inscription- numéro de registre, soit un numéro suivi d'une lettre.

##### **5-2- Identification des objets :**

Afin de faciliter le contrôle et en particulier le récolement, le numéro d'inventaire doit en règle générale être porté sur l'objet correspondant par tous les moyens appropriés (inscription indélébile, étiquette, poinçonnage, etc.....).

Toutefois, pour les services de table et à café inventoriés en principe sous un numéro unique qu'il n'est pas possible de reporter, il conviendrait de les décrire soigneusement en précisant leur connaissance (nombre de pièces par catégories d'objets), les noms et pays du fabricant, la matière ayant servi à leur fabrication. Les objets d'argenterie de même que tous ceux en métal précieux, doivent être marqués si possible d'un poinçon identifiant nettement leur appartenance. Il est à noter que les matériels automobiles soumis à l'immatriculation, sont identifiés par la transcription sur le registre, de leur matricule.

Les objets mobiliers placés dans des locaux, à usage administratif notamment, sont récapitulés sur une fiche établie en double exemplaire avec indication du numéro d'inscription de chaque objet au registre, des références du local et du nom des agents utilisateurs. Un exemplaire de la fiche est opposé dans le local tandis que l'autre est conservé par le service gestionnaire.

##### **5-3- Sortie d'inscription :**

Un sujet doit être rayé de l'inventaire lorsqu'il est :

1)- Détruit, perdu ou volé

2)- Reconnu inutilisable ou excédentaire et dans ce cas, il doit être, soit proposé à la réforme, conformément à la réglementation en vigueur, soit réaffecté, soit détruit comme il sera précisé ci-après.

##### **5-3-1- Objets détruits, perdus ou volés :**

Le chef de service doit adresser immédiatement à son supérieur hiérarchique un rapport précisant les conditions et les circonstances dans lesquelles s'est produite la destruction, la perte ou le vol lui soumettre un procès-verbal y afférent.

Référence à ce dernier document est portée dans la septième (7<sup>ème</sup>) colonne du feuillet du registre d'inventaire.

##### **5-3-2- Objets remis aux services des domaines :**

Il convient de rappeler tout d'abord, qu'aux termes de la législation applicable au domaines privé de l'Etat (articles 100 et 114 de la loi n°90-30 du 1<sup>er</sup> Décembre 1990 portant loi domaniale et articles 45- à 50 du décret n° 91-114 du 23 Novembre 1991 fixant les modalités d'administration et de gestion des biens du domaine privé et du domaine public de l'Etat, les services ne peuvent, en aucun cas effectuer des actes de disposition portant sur des objets mobiliers qu'ils ont pris en charge et dont ils assurent la gestion.

Cette prohibition s'applique à tous les biens mobiliers quelle qu'en soit la nature, acquis à l'Etat (meubles, effets, marchandises, matériels, matériaux et tous objets de nature mobilière) à l'exception des objets à caractère historique, artistique, archéologique ou scientifique susceptible d'être placés dans les musées pour être classés dans le domaine public.

Il est donc interdit aux services :

De vendre, de louer ou d'échanger avec ou sans soulte, les objets en question ;

De faire procéder à leur conversion ou transformation ;

D'utiliser, pour ses propres besoins, les produits exclus d'un immeuble affecté, sans en verser la valeur au domaine et à fortiori de les céder.

de céder gratuitement ou à titre onéreux, ou de prêter des objets mobiliers à un autre service ;

Pour l'application de cette dernière disposition, il convient de considérer comme services distincts, entre lesquels la cession ou le prêt est prohibé, les services dont les dépenses de fonctionnement et notamment celles correspondant à l'achat des objets en cause, s'imputent sur des chapitres différents d'un même budget ou, à fortiori sur des budgets différents.

Toute cession ou location d'objet entre services distincts selon la définition qui vient d'être donnée, à lieu nécessairement à titre onéreux et ne peut être réalisée que par le service des domaines ( loi n° 90-30 du 1<sup>er</sup> décembre 1990, article 114 et décret n°91-454 du 23 novembre 1991 article 45 à 74).

Exception toutefois est faite à cette règle en ce qui concerne :

Les livres destinés à être remis à des bibliothèques scolaires répartis, à titre prix ;



Les objets divers destinés à être distribués directement par l'intermédiaire d'œuvres, au cours de manifestations diverses de bienfaisance notamment ;

Les objets dont la remise gratuite pourrait d'être prescrite à titre de présence, dans le cadre protocolaire.

Dans chacun de ces trois cas, les objets doivent, néanmoins, être inscrits à l'inventaire globalement, par catégories. Il est fait mention de leur remise ou de leur emploi, dans la sixième colonne du registre.

Il y a lieu de considérer, en outre les deux catégories de biens prévus par l'arrêté du 23 Septembre 1987, dont la remise aux fins d'aliénation, pourrait être refusée par l'administration des Domaines. Il s'agit :

Des biens totalement dépourvus de valeur marchande ou ne revêtant qu'une valeur insignifiante ;

Des biens non susceptibles d'être cédés au public ou mis dans le commerce sans inconvénients.

La première catégorie est essentiellement constituée par les objets, notamment les matériels réduits à l'état d'épaves ou de carcasses par suite d'usure excessive, de dégradations, de conservation prolongée, ou pour toute autre cause, et donc la mise en vente par voie d'adjudication ou amiable est impossible ou ne présente aucun intérêt particulier. En effet la mise en œuvre de toute la procédure préalable à la vente (lotissement, gardiennage, publicité, insertion dans la presse, etc....) pourrait s'avérer onéreuse par rapport au produit qui résulterait de la vente de ces biens.

Il s'agit pour l'essentiel, et à titre d'exemples :

De matériels automobiles démunis de tous leurs organes et pièces ne pouvant intéresser aucun amateur ;

D'organes ou pièces mécaniques de véhicules automobiles détériorés et rendus inutilisables et irréparables ;

De meubles ou autres équipements de bureau très usagés ou devenus obsolètes dont la mise en vente ne présenterait aucun intérêt pour le trésor.

La seconde catégorie se compose d'objets mobiliers, marchandises produits et toutes autres substances, dont la vente en l'état est prohibée par la loi ou par des textes réglementaires. On peut citer :

Les substances servant à la fabrication d'explosifs dont la détention ou l'utilisation est soumise à une autorisation administrative ;

Les stupéfiants et toutes autres substances de même nature dont la commercialisation est interdite ;

Les armes et munitions de toutes sortes autres que celles utilisées pour la chasse, dont la détention est réglementée ;

Les archives publiques dont il faut rappeler le caractère d'insaisissabilité, d'inaliénabilité et d'imprescriptibilité que leur confère la loi n 88-09 du 26 janvier 1988, relative aux archives nationales ;

Les appareils automatiques de jeux, le matériel ayant servi à des contrefaçons monétaires, les uniformes réformés par les autorités militaires, les services de la police, de la protection civile et des douanes ;

Les produits et denrées alimentaires avariées impropres à la consommation.

Les services affectataires ou détenteurs des biens des deux catégories définies ci-avant, sont tenus d'en assurer, à leurs frais, la destruction, la dénaturation ou la désinfection, sans l'intervention de l'administration des domaines.

La remise au domaine d'objets mobiliers autres que ceux qui entrent dans les exceptions susvisées, donne lieu à l'établissement d'un procès-verbal dont un exemplaire est conservé par le service cédant.

Celui-ci peut donc, dans la septième colonne du registre d'inventaire et sur la ligne correspondant à chaque objet, porter la mention « remis à l'administration des douanes suivant procès-verbal du..... ».

De même, il doit également, dans le même colonne et de la même manière, en ce qui concerne les biens non susceptibles d'être remis au domaine, porter la mention « détruits, dénaturés (ou d'autre terme approprié suivant procès-verbal du.....) ».

## **6- RECOLLEMENT :**

Le recollement a pour but de constater l'existence de tous les objets qui se trouvent inscrits sur l'inventaire lors de la précédente opération et de ceux qui y ont été ajoutés depuis.

Aucune distraction ne peut être admise si elle n'a pas été effectuée par suite de réforme ou de mesures d'ordre mentionnées sur l'inventaire (vol, perte ou destruction...).

Le recollement doit avoir lieu au moment de la confection de l'inventaire, puis à chaque fin d'année et, également à chaque mutation ou départ du responsable chargé du matériel et (ou) de la tenue du registre d'inventaire.

Le recollement est opéré enfin, à chaque passation de service des responsables de l'administration des moyens.

Le recollement du mobilier fourni par l'administration pour l'usage personnel de certains fonctionnaires et responsable, placés dans leur habitation, est confié au service des Domaines.

A cet effet, chaque administration concernée doit établir :

1)- le relevé indicatif par wilaya, des fonctionnaires publics auxquels un mobilier a été fourni, qui transmis au Ministère chargé des Finances ;

2)- l'inventaire descriptif, pour chacun de ces fonctionnaires, de tous les objets mobiliers affectés pour son usage personnel. Cet inventaire est dressé en deux expéditions dont l'une est déposée au service des Domaines de la wilaya ou réside le fonctionnaire concerné.

Dans l'intervalle d'un recollement à l'autre, ce dernier est tenu de faire consigner sur l'expédition laissée à sa disposition, d'une part les accroissements survenus dans la quantité des objets mobiliers et, d'autre part, les réformes ventes qui ont eu lieu.

Le recollement qui consiste à s'assurer de l'existence réelle des objets mobiliers portés sur les inventaires et à constater les manquants, a lieu en présence des fonctionnaires utilisateurs et des employés du même service chargés spécialement du contrôle des matériels.

## **7)- DISPOSITIONS DIVERSES**

Il est utile de rappeler que le membre d'inscription au registre d'inventaire doit figurer pour chaque objet sur la pièce de dépense annexée aux ordonnances ou mandats de paiement, sous peine de rejet par le comptable assignataire, à la suite de la mention attestant leur prise en charge (datée et signée) ou dans le corps de la facture, en face de chaque objet inventorié.

La mention de prise en charge est rédigée comme suit :

« le chef de service soussigné, certifié que les objets portés sur le présent, ont bien été livrés et qu'ils ont été pris en charge au registre d'inventaire et sous les numéros n° 1 ou n° 2 (ou bien) sous les numéros N à Nn indiqués ci-dessus »

MM. les responsables concernés sont priés d'arrêter toutes les mesures nécessaires pour faire assurer l'application stricte des prescriptions de la présente instruction par les agents placés sous leur autorité.

Le Directeur Général du Budget

Signé : A.BRAHTI



INSTRUCTION N° 00051 /MSP/CAB / MIN /SP DU 27 AVRIL 1986

DESTINATAIRES

MM. LES WALIS (CABINET)  
MM. LES WALIS (D. S. W.)  
MM. LES DIRECTEURS GENERAUX DE :  
L'ENAPHARM  
L'ENEMEDI  
L'ENOPHARM  
L'ENCOPHARM  
CENTRE DE TALASSOTHERAPIE  
(SIDI FREDJ)  
I. P. A  
I. N. S. P.  
C. N. M. S.

- Pour information -

pour  
exécution

**OBJET: Inventaire physique et évaluation financière des stocks morts**

Dans le cadre de la concrétisation des recommandations d'austérité, édictées par la direction politique, Messieurs les Gestionnaires des structures sous tutelle doivent veiller personnellement à :  
Prendre toutes les mesures de sécurité nécessaire à la sauvegarde des matériels stockés  
Procéder, dans les plus brefs délais, à l'enlèvement des matériels laissés à l'abandon après utilisation.  
Procéder à l'inventaire physique et l'évaluation financière des stocks morts, notamment assimilés, les stocks à rotation lente de pièces de rechange ou de biens d'équipement.  
Effectuer des prospections en vue d'acquérir des biens répondant à leurs demandes, faisant partie des stocks morts appartenant aux opérateurs de notre secteur le cas échéant.  
Messieurs les gestionnaires sont invités à nous communiquer, sous le présent timbre, dans les plus brefs délais et en tout état de cause, avant le 20 mai 1986, toutes les dispositions prises pour l'application de ces recommandations ainsi que l'évaluation financière des stocks morts ; un certificat négatif devra être adressé le cas échéant.

Le Chargé d'Etude et de Synthèse  
**H. FELLACHI**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA NORMALISATION ET DE  
L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

SOUS DIRECTION DE LA NORMALISATION DES EQUIPEMENTS

**CIRCULAIRE N° 8 DU 23 JANVIER 1993 RELATIVE A LA GESTION DES EQUIPEMENTS  
MEDICAUX A LEUR RATIONALISATION**

**DESTINATAIRES**

MRS LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE :  
POUR APPLICATION  
MRS LES DIRECTEURS GENERAUX DES CENTRES HOSPITALO- UNIVERSITAIRES :  
POUR EXECUTION  
MRS LES DIRECTEUR DES ETABLISSEMENTS SPECIALISES :  
POUR EXECUTION  
MRS LES DIRECTEURS DE SECTEURS SANITAIRES :  
POUR EXECUTION

**OBJET : Rationalisation de la gestion des équipements médicaux**

L'expertise de 35 centres hospitaliers durant les années 1990 – 1991 a mis en évidence l'état de délabrement du parc d'appareils médicaux, dû à l'absence de gestion des inventaires et des interventions des services hospitaliers et extra-hospitaliers. Les inventaires utilisés ne permettaient pas de connaître le matériel existant et les coûts des interventions en maintenance étaient non maîtrisés et partant prohibitifs

Une gestion attentive et permanente des équipements médicaux ne semble plus être le souci des gestionnaires  
Pour y remédier il convient donc de développer les actions suivantes :

**Diagnostic :**

L'expertise du parc d'équipement doit être réalisée de la manière suivante : chaque appareil doit être expertisé et son état analysé.

**Création d'une bibliothèque technique**

Une cellule biomédicale de maintenance ne peut effectuer efficacement sa mission que si elle dispose sur le terrain d'opérations, de tous les outils nécessaires pour effectuer le travail ; qui lui est imparti ;

En effet la documentation technique, provenant du constructeur de l'équipement est la seule source de référence valable en ce qui concerne les maintenances préventives, les réparations les ajustements, réglages et étalonnages ainsi que la liste des consommables corrects à utiliser afin de garantir la bonne marche et les performances correctes de l'équipement.

Il faut ajouter à ces fonctions celle de liste de numéros de référence, de pièces de rechange, pratiquement introuvable ailleurs que dans la documentation technique.

Il vous est donc désormais fait obligation d'exiger une documentation technique (et non commerciale) pour toute acquisition d'équipement cette documentation doit être réunie en un lieu unique et qui sera bibliothèque de l'hôpital.

**Inventaire d'équipement**

L'administration centrale a constaté que les règles relatives à la tenue des registres d'inventaires, destinés à la prise en charge des objets mobiliers acquis ne sont pas toujours observés.

Afin de rationaliser la gestion des équipements médicaux il convient d'ouvrir. Un sous / registre d'inventaire qui permet de retracer tous les mouvements quel que soit le coût de l'équipement

En effet le registre d'inventaires actuel regroupe en un seul livre le matériel dont vous disposez. Mais il n'est pas commandé d'emploi car il est apparu impossible de connaître avec précision l'état de ce matériel, le lieu d'affectation et son état d'utilisation

Il faut donc l'éclater par un sous-registre qui retracera en un inventaire général les équipements existants et par autant de fiches qu'il y a d'unités ou de services. Ces fiches permettront de situer les équipements affectés et d'en responsabiliser le chef d'unité ou de service par une prise en charge d'inventaire et de suivi à son niveau

Le sous- registre d'inventaire doit être coté et paraphé par le chef d'établissement. Il doit retracer toutes les entrées de matériel médical et mouvements

Au 31 décembre de chaque année le conseil Médical doit approuver toutes les équipements du sous- registre et en dresser un procès-verbal faisant ressortir :

L'état d'acquisition des équipements

Les affectations intervenues

Les réformes envisagées

Les fiches d'inventaires au niveau ces unités et des services seront placardées dans chaque local. Elles doivent être signées par le responsable de l'établissement et le chef d'unité ou de service et mises à jour tous les trois mois. Toute disparition de matériel qui n'a pas fait l'objet d'une déclaration – sous 48 heures – le chef d'établissement sera sanctionnée outre pécuniairement par une traduction devant le conseil de discipline.

Avant toute utilisation, le sous-registre d'inventaire doit être coté et paraphé par le chef de service, cette formalité consiste à :

- Numéroter chaque feuillet si ce n'est pas déjà fait à l'impression, le feuillet étant constitué d'une double page ouverte.
- Porter sur la page de garde , la mention suivante qui sera datée et signée < le présent registre d'inventaire contenant .....  
Feuillet a été coté et paraphé par (nom, prénom grade du chef du service.) >
- Porter près du n° du feuillet, le cachet du service et la paraphe de chef du service.
- Inscrire sur le dernier feuillet, la mention < nième et dernier feuillet > qui sera également signé

Les colonnes de chaque feuillet devront être arrêtées conformément aux indications suivantes :

1<sup>ère</sup> colonne : n° d'inscription. Les numéros doivent former une suite ininterrompue pour un registre

2<sup>ème</sup> colonne : date de prise en inventaire : elle correspond à la date à laquelle l'objet est inscrit sur le registre pour la première fois.

3<sup>ème</sup> colonne : désignation de l'objet inscrit doit être décrit de manière succinct mais précise

4<sup>ème</sup> colonne : provenance des objets : le prévenance de l'objet inventorié doit être mentionnée avec précision (achat suivant facture établie par ..... le ..... Affectation suivant décision établie par ..... le .....).

5<sup>ème</sup> colonne : valeur- correspond d'acquisition de l'objet ou, à défaut, à la valeur estimée à la date de prise en inventaire.

6<sup>ème</sup> colonne : affectation – constater l'affectation de l'objet inventorié à l'intérieur du service, ou, lorsque l'opération est possible, à un autre service.

7<sup>ème</sup> colonne : sortie d'inventaire – il y est fait référence aux documents constatant toute opération entraînant la sortie d'inventaire dont les causes peuvent être multiples ( réforme suivant décision N° ..... du ....., destruction, perte, vols, constaté par p. v N° ..... du ..... ) .

8<sup>ème</sup> colonne : observation – doit contenir toutes observations qu'il serait utile d'apporter.

#### **OBJETS INVENTORIABLES**

Tous les matériels, objets immobiliers et consommables doivent être inventoriés à leur réception au magasin central.

#### **REGISTRE D'INVENTAIRE**

Les objets et matériels, doivent être consignés sur < Registre d'inventaire > selon le modèle type fixé par le Ministère des finances.

Les équipements médicaux feront l'objet d'un enregistrement sur un < Registre spécial d'inventaire >.

Ce < Registre spécial d'inventaire > tenu sous la responsabilité personnelle du Chef d'établissement, constate la prise en charge et l'existence réelle des équipements acquis avec les indications et les références permettant son identification et son contrôle.

#### **TERME DU REGISTRE D'INVENTAIRE :**

Chaque équipements inscrit sus un numéro distinct doit être décrit de manière précise et complète afin de permettre son identification ultérieure, et être marqué du numéro attribué.

#### **RECOLLEMENT :**

Le recollement a pour but de constater l'existence de tous les objets qui se trouvaient inscrits sur l'inventaire lors de la précédente opération et de ceux qui y ont été ajoutés depuis.

Aucune destruction ne peut être admise si elle n'a eu lieu par suite de réforme.

Le recollement a lieu au moment de la confection ou de la refonte de l'inventaire, puis à la fin de chaque année.

Il a lieu également à chaque mutation ou départ du chef de l'établissement et mutation ou départ de l'agent responsable chargé du matériel et / ou de la tenue de registre d'inventaire

Le chef de service concerné et / ou le chef d'unité procède également au recollement ces matériels à l'occasion d'une mutation ou départ.

Le Directeur de l'établissement ne libère ce dernier que s'il s'est acquitté de cette obligation dans le cadre d'une passation de consigne écrite et inscrite sur le sous-registre d'inventaire.

Ce visa vaut décharge pour le responsable sortant.

Dans le cas contraire le Directeur d'Etablissement prend la responsabilité des écarts de stock constatés

#### **REFORME DES EQUIPEMENTS**

La réforme des équipements, quelle qu'en soit la nature, ne peut être effectuée que conformément aux lois et règlements en vigueur et selon les procédures applicables en fonction de la nature de ces biens.

Les textes de références en la matière sont la loi n°98 -38 du 31 décembre 1998 portant loi domaniale.

Ces biens ne peuvent en aucun cas, être échangés cédés ou prêtés à des particuliers.

Les modalités réforme obéissent aux lois et règlement en vigueur. L'administration des domaines doit approuver les biens soumis à la réforme sur proposition des conseils d'orientation ou de direction de l'Etablissement.

Cependant avant toute proposition à la réforme il est demandé d'établir pour chaque type de matériel un rapport écrite des experts agréés et assermentés.

Pour le matériel médical l'avis d'un expert de l'EN-EMEDI est exigé. Dans ce cas bien précis, le matériel réformé, après observation des règles d'usage, peut être cédés à l'EN- EMEDI. Les modalités de cession seront définies ultérieurement.

Les Directeurs de santé et de population doivent organiser des inspections pour vérifier si le sous-registre d'inventaire est ouvert, s'il est à jour et si les écritures sont conformes à la réalité.

Il est, en outre, recommandé aux responsables concernés à l'intérieur des établissements de procéder à des contrôles fréquents afin d'assurer une application conforme de ces dispositions.

Nous vous rappelons l'intérêt à s'organiser le plus rapidement possible, date limite 31 MARS 1993, pour cette mise à jour car il s'agit d'équipements médicaux de diagnostic et de traitement qui concourent à la santé, voir à la vie des patients pour lesquels ils sont utilisés. Leur disponibilité et la manière de les utiliser reflètent l'état de fonctionnement de nos structures hospitalières.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Mohamed Seghir BABES**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

Le Ministre,

**Circulaire N° 011 MSPRH/MIN du 17 Oct. 2006 relative à la réforme des équipements médicaux**

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population  
« pour application, suivi et communication aux :

- Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés (pour exécution)
- Les Directeurs des Secteurs Sanitaires (pour exécution)
- Les Praticiens médicaux Inspecteurs (pour suivi et contrôle)
- Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires

Il a été constaté, lors des visites et inspections menées au niveau des établissements de santé, que des équipements vétustes ou obsolètes, hors d'usage, souvent volumineux, encombrant des espaces, parfois au niveau même de certains services, au détriment des locaux à réserver aux soins ou à l'accueil des malades.

Une telle situation est incompatible, d'une part avec les règles d'une gestion saine, et d'autre part avec la nécessité d'améliorer l'environnement hospitalier tant pour les professionnels de santé que pour les usagers.

A cet égard, il vous est demandé de :

- Réactiver, si besoin est la commission technique de réforme créée au niveau de chaque établissement conformément à la réglementation en vigueur.
- Revoir le cas échéant la composition de ladite commission en veillant à y intégrer des ingénieurs et techniciens en biomédical ;
- Procéder à l'inventaire des équipements hors d'usage et les stocker dans des espaces appropriés ;
- Faire procéder à l'expertise technique de ces équipements, notamment pour déterminer les possibilités de récupération d'équipements complets ou partiels (pièces de rechange) pouvant être utilisés dans les opérations de maintenance.
- Procéder à la remise en marche des équipements susceptibles d'être récupérés ou recyclés, ou encore procéder à la réforme des équipements identifiés comme étant à réformer, en veillant au respect de la législation et la réglementation en vigueur.

Un corps d'inspecteurs de maintenance est en cours de création ; il sera chargé du comité de tous les aspects de maintenance ; en attendant les praticiens médicaux inspecteurs sont chargés du suivi de toutes les étapes de mise en œuvre et du contrôle de l'application de la présente circulaire ainsi que du contrôle de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.

Les Directeurs de la Santé et de la Population et les Directeurs Généraux des Centres et Etablissements Hospitalo-universitaires, sont chargés d'adresser un rapport circonstancié sur l'application de la présente circulaire, au Ministre de la Santé , de la Population et de la Réforme Hospitalière au plus tard le 31 décembre 2006 .

Le Ministre de la Santé

عمل تو

Ministère de la Santé et de la Population  
Direction des Services de Santé

***Nomenclature des Equipements Médicaux***

**Version corrigée Juillet 1999**

Nomenclature des Equipements et Matériels Médicaux

Nomenclature des équipements et matériels médicaux hospitaliers  
Nomenclature des équipements et matériels médicaux extra hospitaliers

N.B : Cette nomenclature n'est pas figée et n'est pas exhaustive elle est susceptible d'être révisée et mise à jour.

### **Liste des Fonctions Hospitalières**

1. Petit matériel de soins et d'examen
2. Imagerie médicale
3. Exploration fonctionnelle et surveillance
4. Laboratoire
5. Anesthésie - Réanimation
6. Techniques opératoires
7. Suppléance fonctionnelle
8. Thérapie et rééducation fonctionnelle
9. Désinfection - stérilisation - traitement des déchets
10. Pharmacie - animalerie
11. Mobilier d'hébergement et médico chirurgical
12. Mobilier d'aménagement
13. Matériel de bureau
14. Audiovisuel et télécommunication
15. Informatique
16. Atelier - jardins - incendie - garages
17. Chauffage - réfrigérateur - climatisation
18. Cuisine / restauration / distribution alimentaires
19. Blanchisserie / lingerie
20. Nettoyage et entretien
21. Transport et signalisation

#### **1. Petit Matériel de Soins et d'Examen**

10. Petit matériel d'examen
11. Petit matériel de soins
12. Instrumentation courante d'étage
13. petit matériel à usage unique
14. produits radioactifs

#### **2. Imagerie Médicale**

Ensembles autonomes de Radio  
Radiographie mobile  
Porte-tubes  
Suspension plafonnrière pour radio  
Colonne pour Radiologie  
Statifs universels  
Table de radio non télécommandée  
Table de radio télécommandée  
Porte-potter mural  
Statifs spécialisés  
Arceau per-opérateur plafonnier  
Craniographe  
Statif pour Traumatologie  
Statif Vasculaire  
Mammographe  
Statif Pulmonaire automatique  
Statif Dentaire  
Tomographe X  
Compléments d'installation  
Changeur de film rapide  
Porte-cassette indépendant  
Exposeur automatique  
Cassette/Grille  
Injecteur de produit de contraste  
adaptation Tomographie  
Contentions Radiologiques  
Adaptation Xeroradiographie  
intégrateur de charge  
Artériophlébographie  
Groupe Radiogène  
Générateur de Radiologie  
Pupitre de Radiologie Indépendant  
Tube et Gaine Radiogènes  
Bloc Radiogène  
Scanographes  
Scanographe Crânien  
Scanographe corps entier  
Scintigraphes  
Scintigraphe  
Scintigraphe à Barreau  
Gamma Caméra  
Tomogamma-Caméra  
Tomoscintigraphe *i* positions  
Ostéodensitomètres  
Ostéodensitomètre Gamma  
Ostéodensitomètre X  
Petit appareillage pour la médecine nucléaire  
Activimètre  
Matériel de Radio Protection/Stockage pour Radio-Isotopes  
Dosimètre  
Echographie



Echographe  
 Sonde pour Echographe  
 Thermographie  
 Thermographe  
 Imagerie par résonance magnétique  
 Imageur par résonance magnétique  
 Antenne spécifique pour IRM  
 Cyclotron à Usage médical  
 Cyclotron à usage médical  
 Lits d'examens radiologiques  
 Lit d'examen radiologique  
 Caméras cinématographiques  
 Caméra ampli Photographique  
 Caméra Cinéradiographique  
 Négatoscopes et tables de lecture  
 Négatoscope  
 Table de tri  
 Table de lecture de film  
 Traitements photographiques pour la Radiologie  
 Développeuse pour Radiologie  
 Dispositif plein jour  
 Duplicateur de films Radiologiques  
 Caméra d'Identification  
 Récupérateur d'argent Photographique  
 Développeur Manuel  
 Mélangeur automatique  
 Traitements informatiques pour l'Imagerie  
 Console secondaire de Traitement d'Images Radiologiques  
 Système informatique de Radiographie Numérique  
 Système d'Angiographie Numérique  
 Système de Traitement Numérique de Clichés Radiologues  
 Système de Traitement d'Images Scintigraphique  
 Vidéoreprographes  
 Vidéoreprographe film  
 Vidéoreprographe papier  
 Reprographe Laser  
 Exploration fonctionnelle Neurophysiologique  
 Electro-encéphalographe  
 Echoencéphalographe  
 Potentiels évoqués  
 Electromyographe  
 Cartographie EEG (EP)  
 Holter EEG  
 Exploration fonctionnelle Cardio-Vasculaire  
 Electrocardiographe  
 Baie de Cathétérisme  
 Débitmètre sanguin  
 Centrale d'arythmie  
 Holter (lecteur et enregistreur)  
 Vélocimètre Doppler  
 Epreuve d'effort  
 Exploration fonctionnelle Respiratoire  
 Ensemble d'analyse de la fonction respiratoire  
 Analyseur de gaz respiratoires  
 Spiromètre  
 Cabine Pléthysmographique  
 Pneumotachographe  
 Equipement pour la mesure de la diffusion pulmonaire  
 Exploration fonctionnelle et examens O.R.L.  
 Electrocochléographe  
 Electrogustamographe  
 Audiomètre  
 Impédancemètre  
 Cabine Audiométrique  
 Electronystagmographe  
 Exploration Fonctionnelle et Examens Ophtalmologiques  
 Ophtalmomètre  
 Biomicroscope oculaire  
 Réfractomètre  
 Focomètre  
 Périmètre automatique  
 Appareil d'électrophysiologie oculaire  
 Echoophthalmoscope  
 Unité d'examen Ophtalmologique  
 Retinographe  
 Exploration Fonctionnelle Urologique  
 Baie d'urodynamique  
 Exploration fonctionnelle (divers)  
 Moniteurs Cardio-respiratoire  
 Moniteur de surveillance Cardio-respiratoire

Poste central de surveillance  
 Cardiocographe  
 Moniteur de pression artérielle  
 Holter de pression non invasive  
 Moniteurs Spécifiques  
 Moniteur de PtO<sub>2</sub>/PtCO<sub>2</sub>  
 Moniteur de CO<sub>2</sub>  
 Moniteur de SAO<sub>2</sub>  
 Moniteur d'Apnée  
**4. Laboratoires**  
 Balances de Laboratoire  
 Etuves  
 Etuve Universelle  
 Etuve Bactériologique  
 Enceinte Anaérobie  
 Préparation et distribution du milieu réactionnel  
 Automate de préparation/distribution  
 Diluteur  
 Pompe péristaltique de laboratoire  
 Centrifugation  
 Centrifugeuse  
 Microscope  
 Microscope  
 Microscopie électronique  
 Microscope électronique  
 Coloration des lames  
 Automate de coloration des lames  
 Osmomètre  
 Osmomètre  
 Enregistreur graphique  
 Enregistreur graphique  
 Petit matériel de laboratoire  
 Paillasse et environnement  
 Analyseurs multiparamétriques de Biochimie  
 Analyseur multiparamétrique de Biochimie  
 Analyseurs spécialisés de Biochimie  
 Analyseur de métabolites (1 à 3 paramètres)  
 Analyseur d'Ions  
 Analyseur PH-GAZ du sang  
 PH-mètre  
 Co-Oxymètre  
 Analyseurs particuliers de Biochimie  
 Analyseur d'acides aminés  
 Spectromètre d'absorption atomique  
 Spectromètre d'émission atomique  
 Spectromètre de masse  
 Chromatographe en phase liquide  
 Chromatographe en phase gazeuse  
 Spectrophotomètre (VV. visible. IR)  
 Spectrofluorimètre  
 Immunochimie (équipements spécifiques pour)  
 Passeur d'échantillons Gamma  
 Passeur d'échantillons Bêta  
 Analyseur pour Immunochimie  
 Electrophosèse (équipements pour)  
 Cuve, Générateur pour électrophorèse  
 Automate/densitomètre pour électrophorèse  
 Cytohématologie  
 Automate pour numération et formule sanguine  
 Cytomètre de flux  
 Groupage sanguin  
 Automate pour groupage sanguin  
 Thromboélastographe  
 Coagulomètre  
 Agrégomètre  
 Analyse d'images cytologiques  
 Analyseur d'images cytologiques  
 Préparation des tissus  
 Distributeur de paraffine  
 Appareil à inclusion  
 Microtome  
 Cryomicrotome  
 Affûteuse de rasoirs microtomes  
 Bactériologie  
 Automate de milieu de culture  
 Automate pour antibiogramme et/ou identification  
 Matériel pour morgue  
 Table d'autopsie  
 Case réfrigérée pour morgue  
 Chariot mortuaire

## 5. Anesthésie-Réanimation

Anesthésie  
Chariot d'anesthésie  
Evaporateur d'anesthésie  
Moniteur de gaz halogènes  
Moniteur de curarisation  
Oxygénothérapie  
Caisson hyperbare  
Dispositif d'administration d'oxygène  
Source d'oxygène  
Concentrateur d'oxygène  
Ventilation  
Ventilateur pulmonaire  
Insufflateur manuel  
Moniteur de ventilation  
Humidificateur  
Mélangeur de gaz  
Moniteur d'oxygène  
Moniteur du rythme respiratoire  
Aspiration médico-chirurgical  
Aspirateur médico-chirurgical  
Perfusion / Nutrition / Transfusion  
Pousse seringues  
Pompe à perfusion  
Pompe accélératrice de perfusion  
Pompe à nutrition  
Système d'asservissement des pompes  
  Contrôleur/régulateur de débit de perfusion  
Appareil pour transfusion autologue  
Réchauffeur de perfusion/transfusion  
Réchauffeur de poches à sang  
Cardiostimulation  
Défibrilleur non implantable  
Stimulateur cardiaque temporaire  
Programmeur de stimulateur cardiaque  
Réanimation Pédiatrique  
Incubateur  
Table de réanimation néonatale

Système Réfrigérant/ chauffant pour patients  
Générateurs pour matelas chauffant / réfrigérant  
Matelas chauffant / Réfrigérant

## 6. techniques Opératoires

Table d'opérations  
Table d'opérations à plateau non transférable  
Table d'opérations à plateau transférable  
Plateau opératoire transférable  
Chariot de transfert  
Complément de table d'opération  
Table d'accouchement  
Eclairage opératoire  
Eclairage opératoire  
Microscope Opératoire  
Microscope opératoire  
Bistouri électrique / Coagulateur  
Bistouri électrique / coagulateur  
Laser Thérapeutique  
Laser Argon (Krypton)  
Laser Yag Puise  
Laser CO2  
Laser Yag contenu  
Laser à colorant  
Autres lasers  
Cryochirurgie / Cryothérapie  
Compléments de bloc opératoire  
Bras de distribution de fluides  
Mur technique pour bloc opératoire  
Instrumentation chirurgicale  
Ensemble de chirurgie Odonto Stomatologique  
Unité de soins Dentaire  
Fauteuil dentaire  
Chirurgie Spécialisée  
Ensemble pour chirurgie Ophtalmologique  
Bistouri à ultrasons  
Bistouri à micro-ondes  
Moteurs chirurgicaux  
Thermochirurgie (EP)  
Endoscopie  
Fibroscope  
Lumière froide

Endoscope rigide  
Vidéo endoscope  
Processeur vidéo  
Caméra opératoire  
Système d'irrigation aspiration pour endoscopie  
Circulation extracorporelle  
Pompe à sang pour CEC  
Groupe thermique pour CEC  
Oxygénateur

#### **7. Suppléance Fonctionnelle**

Suppléance Rénale  
Générateur/moniteur individuel d'hémodialyse  
Générateur multiposte d'hémodialyse  
Moniteur d'hémodialyse  
Générateur de dialyse péritonéale  
Moniteur d'hémofiltration/Hémoperfusion  
Hémodialyseur  
Lignes et raccords pour hémodialyse  
Hémofiltre  
Hémaphérese  
Séparateur de cellules/Plasma par centrifuge  
Moniteur de plasmafiltraion  
Plasmafiltre  
Laveur de cellules  
Suppléance Cardio-vasculaire  
Pompe à ballonnet intra-aortique  
Stimulateur cardiaque implantable  
Prothèse vasculaire  
Valve cardiaque  
Défibrillateur implantable  
Suppléance Endocrinienne  
Pancréas artificiel  
Suppléance ORL  
Prothèse auditive  
Implant cochléaire  
Suppléance Ophtalmologique  
Lentille Cornéenne  
Lunettes  
Prothèses Dentaires  
Prothèses Dentaires  
Equipements pour prothèses dentaires  
Suppléance Orthopédiques  
Prothèse Articulaire  
Matériel d'Ostéosynthèse  
Prothèse Ligamentaire

#### **8. Thérapie et rééducation fonctionnelle**

Radiothérapie  
Appareil de radiothérapie  
Accélérateur  
Appareil de télégammathérapie  
Simulateur  
Appareil de mesure de débit de dose  
Console indépendante pour calcul des doses  
Table de traitement pour radiothérapie  
Thérapie par les ondes  
Lithotriteur extra corporel  
Kinésithérapie  
Cage mécanothérapie  
Espalier  
Tapis roulant  
Bicyclette de rééducation  
Appareil de marche rollatoir  
Vibromasseur  
Lampe à infra rouge  
Tracteur vertébral  
Barre parallèle  
Appareil de Skiff  
Appareil de surconduction  
Appareil de mouvements passifs et actifs  
Appareil de flexion et d'extension  
Appareil de mobilisation du genou  
Appareil de mobilisation de poignet  
Appareil de mobilisation de l'épaule  
Appareil de mobilisation de la cheville  
Table de rééducation  
Table de massage  
Fauteuil de rééducation  
Aérosothérapie  
Générateur d'aérosol

## **9. Désinfection - stérilisation - Traitement des dépêches**

Désinfection de l'air  
Flux laminaire pour bloc opératoire  
Flux laminaire pour Lit  
Hotte pour laboratoire  
Générateur d'air stérile  
Enceintes de désinfection  
Enceinte de désinfection pour literie/matériel roulant  
Enceinte de désinfection pour ventilateurs/incubateurs  
Enceinte de désinfection pour endoscopie  
Désinfection des locaux  
Appareil de désinfection terminale  
Stérilisateurs par les Gaz  
Stérilisateur par l'oxyde d'éthylène  
Stérilisateur par le formol  
Armoire à désorption  
Stérilisateurs par la chaleur  
Stérilisateur par la chaleur humide  
Stérilisateur par la chaleur sèche  
Accessoires de stérilisation  
Soudeuse de sachets  
Emballages pour stérilisation  
Nettoyage des instruments et de la verrerie  
Machine à laver pour stérilisation  
Enceintes stériles  
Bulle pédiatrique  
Bulle chirurgicale  
Bulle de préparation/transfert  
  Traitement de l'eau  
Distillateur  
Deminéralisateur  
Générateur d'eau stérile  
Adoucisseur de l'eau  
Osmoseur  
Filtration de l'eau (GF)  
Traitements des Déchets  
Broyeur de déchets  
Compacteur de déchets  
Incinérateur

Mobilier spécifique de stérilisation

## **10. Pharmacie - animalerie**

Préparation des médicaments  
Homogénéiseur pour pharmacie  
Emulsionneur pour pharmacie  
Malaxeur pour pharmacie  
Doseur pour pharmacie  
Lyophilisateur / dessiccateur  
Conditionnement des médicaments  
Machine à comprimés  
Machine à suppositoires  
Machine à pommade  
Machine à remplir les flacons  
  Machine à conditionner les médicaments  
  Machine de conditionnement en ampoules

Gellulier

Sertisseuse

Mobilier spécifique de pharmacie

Distribution de pharmacie (EP)

Animalerie

Cage pour animaux

Chariot cage pour animaux

  Table de contention/opération pour animaux

Silo à nourriture

## **11. Mobilier d'Hébergement et Médico-Chirurgical.**

Mobilier hôtelier

Meuble de chevet

Table de lit

Lits et matériels annexes

Lit hôtelier

Lit spécialisé

Lit parc

Berceau

Lit fluidise

Matelas

Matelas anti-escarres

Cadre de traction

Environnement pour handicapés (EP)

Mobilier de soins

Table d'examen

Fauteuil de soins et d'examens

Chariot / table de soins  
Pèse-malade  
Soulève-malade  
Eclairage médical  
Rail mural  
Transport des malades  
Equipements sanitaires  
Baignoire mobile  
Chaise percée  
Chariot douche  
Lavabo ascétique pour chirurgien  
Lave-bassin , vidoir  
Mobilier spécifique de pédiatrie

#### **12. Mobilier d'Aménagement**

Armoires  
Armoire courante  
Armoire vitrine  
Armoire réfractaire  
Coffre de sécurité  
Vestiaire  
Tables  
Table / table de conférence  
Bureau / Table bureau  
Table téléphone  
Table de restauration  
Sièges  
Chaise / tabouret  
Fauteuil  
Chauffeuse  
Banc  
Mobilier complémentaire  
Meuble de classement  
Classeur électromécanique  
Rayonnage  
Table basse  
Meuble bas  
Pendule

#### **13. Matériel de Bureau**

Machines à écrire  
Machine à écrire  
Machine à traitement de texte  
Reproduction  
Photocopieur  
Duplicateur  
Tireuse de plans  
Micro-filmeuse  
Lecteur de micro-films  
Graveur de stencils  
Petit matériel de bureau  
Lampe de bureau  
Calculatrice  
Table  
Massicot  
Machine à détruire les documents  
Machine comptable/Facturière  
Dictaphone  
Enregistrement  
Pointeuse  
Caisse enregistreuse  
Traitement du courrier  
Adresseuse  
Etiqueteuse  
Machine à affranchir le courrier  
Machine à ouvrir le courrier

#### **14. Audiovisuel et Télécommunication**

Matériel photographie  
Appareil photo  
Caméra  
Appareil photographique à développement instantané  
Projecteur de diapositives  
Projecteur de cinéma  
Rétroprojecteur  
Ecran  
Matériel vidéo  
Caméra vidéo  
Magnétoscope  
Récepteur de télévision  
Régie de télévision  
Traitement photographique  
Agrandisseur photographique



Duplicateur photographique  
Développeuse automatique de papiers photographiques  
Développeuse automatique de films photographiques  
Banc reproducteur  
Sonorisation  
Magnétophone  
Amplificateur pour sonorisation  
Haut-parleur  
Table de mixage de sons  
Tuner  
Télécommunication  
Central téléphonique  
Interphone  
Répondeur téléphonique  
Système de recherche de personnels  
Radiotéléphone  
Poste téléphonique  
Télex  
Télécopie  
Minitel  
Réseau d'images  
Réseau d'images local  
Réseau d'images inter-hospitalier

#### **15. Informatique**

Système informatique autonome  
Micro-ordinateur monoposte  
Système informatique multiposte  
Ordinateur central  
Matériel et périphériques complémentaires  
Imprimante  
Terminal écran / clavier  
Unité disque souple  
Unité disque dur  
Modem  
Table traçante  
Table à digitaliser  
Dériveur de bandes magnétiques

#### **16 Atelier - Jardins - Incendies - Garages**

Electricité / Electronique  
Groupe électrogène  
Onduleur  
Appareil de mesure électrique  
Petit appareillage manuel  
Mécanique / Serrurerie / Plomberie  
Menuiserie  
Maçonnerie / Plâtrerie / Peinture  
Outillage courant non spécialisé  
Mobilier d'atelier  
Stockage et distribution des fluides  
Matériel agricole et de jardinage  
Tracteur  
Motoculteur  
Tronçonneurs  
Broyeuses à végétaux  
Entretien des pelouses (E.P)  
Manutention (EP)  
Equipements jeux et sports  
Matériel de lutte contre l'incendie  
Matériel pour entretien des véhicules  
Pont élévateur  
Banc de réglage train avant - allumage - carburateur  
Station de graissage  
Station de lavage  
Cabine de peinture  
Station pneumatique  
Surveillance des locaux (EP)

#### **17. Chauffage - Réfrigération - Climatisation**

Climatisation  
Ventilateur  
Climatiseur individuel  
Radiateur électrique  
Réfrigération  
Réfrigérateur  
Armoire frigorifique  
Meuble réfrigéré  
Fontaine réfrigérée  
Congélation  
Congélateur -20 degrés c  
Congélateur -80 degrés c  
Fabrique de glace

Congélateur à azote liquide -170 degrés c Chaufferie (EP)

### **18. Cuisine Restauration Distribution Alimentaire**

Cuisson

Cuisinière

Fourneaux

Four

Marmite

Friteuse

Grill

Plaque chauffante

Chauffe-biberons

Lavage de la vaisselle

Machine à laver la vaisselle

Tunnel de lavage pour vaisselle

Matériel de cuisine / Petit électroménager

Matériel de distribution alimentaire

Distributeur de boisson

Percolateur

Chariot alimentaire

Chaîne de conditionnement

Dispositif de remise en température

Mobilier de cuisine

### **19. blanchisserie -lingerie**

Lavage - essorage - séchage

Tunnel de lavage

Presse à essorer

Conditionneur

Laveuseessoreuse

Laveuse simple (barbote)

Essoreuse centrifuge

Séchoir rotatif

Finition du linge plat

Sécheuse-repasseuse

Plieuse automatique

Engageuse automatique

Empileur

Préparatrice

Finition du linge en forme

Tunnel de finition

Presse cabinet

Armoire de finition

Presse tournante

Plieuse automatique

Distribution des produits lessiviels (EP)

Nettoyage à sec

Machine de nettoyage à sec

Presse de teinturier

Conditionnement - marquage du linge

Emballeuse sous film

Fardeuse

Machine imprimante

Presse à thermocoller

Réparation du linge

Machine à coudre

Thermopatcheuse

### **20. Nettoyage et Entretien**

Aspirateur d'entretien

Cireuse

Machine à nettoyer les sols

Déchets (EP)

Conteneur / Poubelle

Dispositif de lavage des poubelles

Dérouleur de sac poubelle

Chariot de ménage

### **21. transport et Signalisation**

Automobile

Ambulance

Camionnette

Tracteur automobile

Véломoteur / Moto

Bicyclette

Chariot motorisé

Remorque

Matériel de signalisation Ascenseur / Escalier roulant

**Chirurgie Générale**

Hôpital de Daïra	Hôpital Chef de lieu de Wilaya	C.H.U.
Equipements Bloc Opératoire Table d'opération comprenant : "Billot •Mécanisme prise cliché radiologique •Accessoire pour chirurgie pelvienne •Table de mayo (assistant muet) Table d'instrumentation Scialytique (plafonnier, mobile de secours) Bistouri électrique monopolaire Aspiration Radio mobile - amplificateur de brillance avec mémoire Négatoscope Monitoring E.C.G Respirateur Défibrillateur Mur technique Pendule murale ou suspendue Seaux à déchets Table à matériel de suture Support de transfusion	Même matériel qu'hôpital de Daïra	Même qu'hôpital de Daïra et de chef lieu de Wilaya

## Radiologie

Hôpital de Daïra	Hôpital Chef de lieu de Wilaya	C.H.U
<p>Générateur 200-300 MA Table fixe avec potter mural ou table basculante Tube bifocus avec focal variable Développement manuel (l'automatique en fonction du débit)</p>	<p>SALLE 1 : - Générateur 500 MA triphasé - Tube bifocus - Table basculante avec amplificateur de brillance</p> <p>SALLE 2 : - Générateur 500 MA triphasé Tube bifocus Plateau flottant-potter mural ECHOGRAPHIE Echographie à temps réel Sondes de 3,5 / 5 MHZ Reproducteur multiformat sur films sensible Développement manuel</p>	<p>SALLE D'OS - Générateur 500 MA-25 KV - Table horizontale avec plateau flottant et porter mural - Dispositif de tomographie SALLE POLYVALENTE - Générateur 700 MA minimum - Table télécommandée avec amplificateur de brillance - Extension angiographique digitalisée ou conventionnelle (option) SALLE SPECIFIQUE Craniographie (option) Cammographe (option) Orthopantomographe (option) ECHOGRAPHIE Sonde de MZ et 3 MZ de type linéaire et ou sectoriel selon spécificité de prestations Sonde de 7 MZ Système de reproduction Unité de tomodensitométrie de type corps entier Unité d'I.R.M 0,5 Tesla ou plus EN RECOMMANDATION Il faudrait laisser une certaine flexibilité aux CHU compte tenu des besoins de santé/Formation/Population</p>

**Pédiatrie**

Hôpital de Daïra	Hôpital Chef lieu de Wilaya	C.H.U ;
<p>EQUIPEMENT D'UN SERVICE DE PEDIATRIE</p> <p>Table Consultation</p> <p>Table d'examen</p> <p>Table à langer</p> <p>Pèse bébé</p> <p>Pèse personne avec toise</p> <p>Stéthoscope</p> <p>Otoscope</p> <p>Ophtalmoscope</p> <p>Lampe O.R.L avec:</p> <p>°Spéculum Nasal</p> <p>°Spéculum Auriculaire</p> <p>Lampe de poche</p> <p>Appareil à tension : Nourrisson- Enfant- Adulte</p> <p>Marteau à réflexes :</p> <p>Nourrisson- Enfant- Adulte</p> <p>Lampe de Clarck ORL (avec spéculum et auriculaire)</p> <p>Mètre ruban</p> <p>Thermomètre médical</p> <p>Débit mètre</p> <p>Glucomètre</p> <p>Stérilisateur</p> <p>Cloche à oxygène</p> <p>Masque à oxygène</p> <p>Négatoscope multiplages</p> <p>Aspirateur</p> <p>Appareil à réanimation fonctionnant à l'oxygène</p> <p>Comprimé à pression positive et négative</p> <p>Plateau grand modèle</p> <p>Plateau petit modèle</p> <p>Appareil A.V.S</p> <p>Tambour grand modèle, Tambour petit modèle</p> <p>Verre à pied gradué</p> <p>Flacon ou ballon pour antiseptique</p> <p>Haricot</p> <p>Abaisse langue</p> <p>Paire de gants, Doigtiers à un doigt</p> <p>Porte tubes</p> <p>Tube</p> <p>Réchaud à gaz</p> <p>Jeu de casseroles</p> <p>Unité de soins</p> <p>Table d'examen</p> <p>Table à langer</p> <p>Table chauffante</p> <p>Table réanimation</p> <p>Appareil photothérapie (Bleu + Blanc)</p> <p>Couveuse</p> <p>Négatoscope multiplages</p> <p>Chariot de visite</p> <p>Lampe de poche avec Pile</p> <p>Marteau à réflexes : Nourrisson- Enfant- Adulte</p> <p>Diapason Nourrisson- Enfant-</p> <p>Compas d'épaisseur</p> <p>Appareil de mesure plis cutanés</p> <p>Pied à coulisse</p> <p>Mètre ruban</p> <p>Aspirateur mucosités</p> <p>Aspirateur pleural</p> <p>Appareil de réanimation type cessussitators avec signaux de fonctionnement</p> <p>Ballon avec valve pour ventiler</p> <p>Nouveau-né- Nourrisson- Enfant</p> <p>Appareil aérosol</p> <p>Stérilisateur de matériel</p> <p>Autoclave</p> <p>Etuve</p> <p>Appareil pour chauffer biberons</p> <p>réfrigérateur à biberons</p> <p>tire lait électrique</p> <p>Biberon en verre</p> <p>Tétine</p> <p>Lampe stérilisation aux rayons U.V</p> <p>Lampe d'éclairage sur pied orientable</p> <p>Manomètre de Claude</p> <p>E.C.G. à trois pistes</p> <p>Appareil de Kuss pour exsufflation</p>		<p>Pour un service de pédiatrie de CHU ou d'hôpital 240 lits ou 600 lits disposant d'un personnel médical spécialisé</p> <p>1. Tout le matériel nécessaire pour une unité de soins avec en plus :</p> <p>2. Radiographie pédiatrique avec table basculante</p>

<p>Appareil V.S Lampe stérilisation Minuterie Tente à oxygène Masque à oxygène Cloche à oxygène Monitoring avec scope Monitoring sans scope Matelas alternant Fourneau à gaz Machine à laver (10kg) Bocal en verre pour aspirateur pleural Bocal en verre gradué pour diurèse Thermomètre médical Thermomètre de bain Poche de glace Bouillotte Débit mètre Glucomètre Baignoire en plastique Compresse Sparadrap Coton cardé Coton hydrophile Cellulose Sceau à pédale Poubelle Corbeille à papier Alèze en caoutchouc Literie Layette Crachoir en carton</p>		<p>3. Amplificateur de brillance 4. Spiromètre 5. Rectoscope avec source de lumière et pince d'athermique 6. Fibroscope avec source de lumière et pince à biopsie jéjunale 7. Anuscope avec source de lumière 8. Appareil PH métrie 9. Bronchoscope avec source 10. Phonocardiographie 11. Echocardiographie 12. Echographie 13. Electro-encéphalographie 14. Nutripompe</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**O.R.L**

Hôpital de Daïra	Hôpital Chef lieu de Wilaya	C.H.U.
<p>PAR BOX OU MEDECIN CONSULTANT</p> <p>Un transformateur mural-cou Air-lumière bévol 110-120  Un miroir frontal de chardon  Une ampoule à 12 volts= 15 ampoules par an  Spéculum auriculaire n°1=5, n°2=5, n°3=10, n°5=5  Porte coton droit 15 cm bou fileté=30  Stylet mousse à plaque 3  Crochet mousse pour corps étranger  Pince à baillonnette de Lucae sans griffe :5  Pince à baillonnette de Lucae avec griffe :2  Pince codée de Lucae sans griffes : 2  5 trocards à ponction de sinus de Lermoyez  Aiguilles à paracentèse : nourrissons=5  Aiguilles à paracentèse : enfants=5  Aiguilles à paracentèse : adulte=5  Manche pour paracentèse=2  2 Aspirateurs portatifs  2 Générateurs d'aérosols  2 Tubes orthophones avec embouts olivaires (otoscope de Lucae)  2 ensembles pour galuano-cau Eristion = cordon-fiche-lame en cuivre aux pointes-boules-couteau  2 Sondes d'lard n°1  2 Sondes d'lard n°2  2 Sondes d'lard n°3  2 Sondes d'lard n°4  2 Sondes d'lard n°5  1 Miroir de Glozel  5 canules aspiratrices fosse nasale  5 canules aspiratrices oreille  6 canules aspiratrices pour polypes des fosses nasales  2 pinces de Hartmann pour corps étranger de nez  1 seringue laryngienne  3 portes coton laryngée courbe  2 pinces Fronkel pour biopsie du larynx  Spéculum nasal vacher à vis réglable =enfant : 5  Spéculum nasal vacher à vis réglable =adulte : 10 abaisse langue : double en inox= 20  Miroir à Cavem : n°00-2/ n°0-2  Miroir à Cavem : n°1-3/n°2-3  Miroir à Larynx : n° 3-2/ n°4-3  Miroir à Larynx : n°5-3 /n°6-2  Manche pour Digo=2  Pulvérisateur vittois=1</p>	<p>Tout le matériel pour hôpital de Daïra, il faut ajouter :</p> <p>Matériel du document  1 Peep – Show  audiomètre (type clinique)  impédancemètre  1 Microscope opératoire  1 Microscope de consultation</p>	<p>En plus de matériel pour hopital de wilaya il faut garder pour le CHU matériel du document  1 installation complète d'audiométrie  1 Audiomètre tonal + vocal + test spro-luminaire  1 Peep – Show  1 Audiomètre tonal de diagnostic  1 Potentiel évoque auditif  1 Microscope opératoire pour salle d'opération  1 Microscope de consultation  1 Circuit vidéo pour enseignement des résidents</p>

**Pneumologie**

<u>Hôpital de Daïra</u>	<u>Hôpital Chef de lieu de Wilaya</u>	C.H.U
<p>Installation centrale pour (oxygène et aspiration) gaz médicaux                      - Ou bien                      Obus d'oxygène avec manomètre / détenteur                      Lunettes pour oxygénothérapie (adultes)                      tentes à oxygène (enfants)                      Moteur à aspiration pleurale / bronchique                      - Pleurotomie                      - Sondes pour pleuraux                      - Drains pleuraux (différents calibres) montés sur pleurotome-types drains de monod (vygon)a minima                      - Drains pleuraux petits calibres montés sur aiguilles                      - Aiguilles à biopsie                      - Pleurale d'Abrams                      - Aiguilles de Kuss</p>	<p>Broncho-Fibroscope3 appareils / calibres 14, 16, 18                      Bronchoscope rigide, calibre 14, 16                      Pincés à biopsie bronchique                      Pincés à corps étranger bronchique                      Aspirateur et flacon piège                      Appareillage d'EFR                      Expirographe                      Spirographe avec calculatrice à mémoire                      Appareil automatisé pour mesure des gaz du sang pour courbes débit-volume                      Réanimation                      Matériel pour intubation trachéale (appareil de ventilation assistée) type ANG Strom                      Système central - pour oxygénothérapie</p>	<p>Endoscopie bronchique                      Bronchoscope rigide avec lumière froide (à Quartz) 12,14. 16                      Fibroscope souple 14, 16,18                      Système "Teacher" – double oculaire                      Caméra adaptable - pour film (photo) pour cinéma                      Pince à Biopsie Bronchique                      Pince à corps étranger                      Brosses montées pour brossage Bronchique                      Aiguilles montées pour ponction                      Ganglionnaire Trans bronchique                      Pleuroscopie/Thoracospie                      Sources lumineuse</p>

**GYNECOLOGIE**

Hôpital de Daïra	Hôpital Chef de Wilaya	CHU.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Table d'accouchement</li> <li>- 1 Scialytique ou lampe articulée</li> <li>- 1 Appareil de monitoring foetal externe</li> <li>- 1 Aspirateur mucosité</li> <li>- 1 Pèse bébé</li> <li>- 1 Table de réanimation chauffante</li> <li>- 1 Chariot à pansement (Inox)</li> <li>- 4 Btes d'accouchement</li> <li>- 1 Bte forceps</li> <li>- 1 Tabouret métallique (Inox)</li> <li>- 1 Escabeau métallique (Inox)</li> <li>- 1 Potence</li> <li>- 1 Bassin (urinoir) Inox</li> <li>- 1 Bte de cranioclasie</li> <li>- 1 Armoire vitrée (médicaments)</li> <li>- 1 Armoire de rangement</li> <li>- 2 Plateaux Inox grand modèle</li> <li>- 2 plateaux Inox petit modèle</li> <li>- 1 Tambour à champs stériles G.M</li> <li>- 1 Tambour à compresse stérile M.M</li> <li>- 1 Tambour à gants stériles</li> <li>- 2 Haricots Inox</li> <li>- 1 Stérilisateur à Ultra Violet</li> <li>- 1 Stéthoscope obstétrical</li> <li>- 1 stéthoscope médical</li> <li>- 1 Pou Pinel</li> <li>- 1 Tambour à doigtier</li> <li><b>Consultation d'obstétrique</b></li> <li>- 1 Table d'examen type gynéco</li> <li>- 1 Scialytique mobile ou lampe articulée</li> <li>- 1 Armoire vitrée</li> <li>- 1 Chariot à pansement</li> <li>- 1 Armoire de rangement</li> <li>- 1 Bte à instruments</li> <li>1 Pèse personne (adulte)</li> <li>- 1 Amnioscope</li> <li>- 1 Appareil de monitoring foetal externe</li> <li>- 1 Stéthoscope obstétrical</li> <li>- 1 stéthoscope médical</li> <li>- 1 Pou Pinel</li> <li>- 1 Tambour à doigtier</li> <li>- 1 Tambour à gants</li> <li>- 1 Tambour à compresse</li> <li><b>Consultation de Gynécologie</b></li> <li>- 1 Table d'examen</li> <li>- 1 Scialytique mobile à lampe articulée</li> <li>- 1 Escabeau Inox</li> <li>- 1 Tabouret Inox</li> <li>- 1 Chariot Inox</li> <li>1 Appareil à tension</li> <li>1 Stéthoscope médical</li> <li>- 1 Boite à instruments</li> <li>- 1 Pou Pinel</li> <li>- Consultation de .....</li> <li>- 1 Tambour à doigtier petit modèle</li> <li>- 1 Tambour à gants moyen modèle</li> <li>- 1 Tambour à compresses moyen modèle</li> <li>3 Cupules moyen modèle</li> <li>- 30 Spéculums -petit, moyen, grand modèle</li> <li>- 2 Haricots Inox</li> <li>- 2 Plateau moyen Inox</li> <li>- 1 Appareil d'insufflation utéro-tubaire</li> <li>- 1 Colposcope simple</li> <li>- 1 Négatoscope</li> <li><b>Matériel d'exploration (externe)</b></li> <li>- 10 Appareils d'H.S.G. avec canule de rechange</li> <li>- 1 Echographe fixe</li> <li>- 1 Echographe mobile</li> <li>- 1 Microscope</li> <li><b>Bloc Opératoire</b></li> <li>- 1 Table d'opération</li> <li>- 1 Appareil d'anesthésie</li> </ul>	<p>Même type d'équipement d'hôpital de daïra</p> <p>Même type d'équipement d'hôpital de daïra</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Table d'accouchement</li> <li>- 1 Scialytique ou lampe articulée</li> <li>- 1 Appareil de monitoring foetal toco externe et interne</li> <li>- 1 Aspirateur mucosité</li> <li>- 1 Pèse bébé</li> <li>- 1 Table de réanimation chauffante</li> <li>- 1 Chariot à pansement (Inox)</li> <li>- 4 Btes d'accouchement</li> <li>1 Bte forceps</li> <li>1 Potence</li> <li>- 1 Tabouret métallique (Inox)</li> <li>- 1 Escabeau métallique (Inox)</li> <li>1 Bassin (urinoir) Inox</li> <li>1 Brancard roulant</li> <li>- 1 Boite de cranioclasie</li> <li>- 1 Armoire vitrée (médicaments)</li> <li>- 1 Armoire de rangement</li> <li>- 2 Plateaux Inox grand modèle</li> <li>- 2 plateaux Inox petit modèle</li> <li>- 1 Tambour à champs stériles G.M</li> <li>- 1 Tambour à compresse stérile moyen</li> <li>- 1 Tambour à gants stériles</li> <li>- 2 Haricots Inox</li> <li>- 1 Stérilisateur à Ultra Violet</li> <li>- 1 Stéthoscope obstétrical</li> <li>- 1 stéthoscope médical 1 Appareil à tension</li> <li>Pou Pinel - 1 Tambour à doigtier</li> <li><b>Consultation Obstétricale</b></li> <li>- 1 Table d'examen type gynéco</li> <li>- 1 Scialytique mobile ou lampe articulée</li> <li>- 1 Armoire vitrée</li> <li>- 1 Chariot à pansement</li> <li>- 1 Armoire de rangement</li> <li>- 1 Boite à instruments</li> <li>1 Pèse personne (adulte)</li> <li>- 1 Amnioscope</li> <li>- 1 Appareil de monitoring foetal externe</li> <li>- 1 Stéthoscope obstétrical</li> <li>- 1 Stéthoscope médical</li> <li>- 2 Haricots (Inox) - 2 Plateaux (Inox)</li> <li>- 1 Poubelle à Pédale</li> <li>- 1 Tambour à compresses - 1 Tambour à gants</li> <li>- 1 Tambour à doigtiers</li> <li><b>Consultation de Gynécologie</b></li> <li>- 1 Table d'examen</li> <li>- 1 Scialytique mobile à lampe articulée</li> <li>- 1 Escabeau Inox</li> <li>- 1 Tabouret Inox</li> <li>- 2 Chariot Inox</li> <li>- 1 Appareil à tension</li> <li>- 1 Stéthoscope médicale</li> <li>- 1 Pou Pinel</li> <li>- 1 Boite à instruments</li> <li>- 1 Tambour à doigtier P.M</li> <li>- 1 Tambour à gants M.M</li> <li>- 1 Tambour à compresses M.M</li> <li>- 3 Cupules M.M</li> <li>- 30 Spéculums –P.M, M.M, G.M</li> <li>- 2 Haricots Inox</li> <li>- 2 Plateau moyens Inox</li> <li>- 1 Appareil d'insufflation</li> <li>- 1 Colposcope muni d'un système de coobservation + appareil photo</li> <li>1 Appareil à électrocoagulation</li> <li>1 Microscope avec système photo</li> <li>- 1 Négatoscope à 4 places</li> <li>Matériel d'exploration externe</li> <li>- 10 Appareils d'H.S.G. avec canule de rechange</li> <li>- 1 Echographe fixe</li> <li>- 1 Echographe mobile</li> <li>- 2 Microscopes</li> <li>Bloc Opératoire</li> <li>- 1 Table d'opération</li> </ul>

- 1 Cardiosecours
- 1 Bistouri électrique
- 1 Scialytique plafonnier et 1 mobile
- 1 Armoire de rangement (pour ligatures)
- 1 Chariot à linge sale
- 4 Btes de Césarienne
- 2 Btes de laparatomie
- 4 Btes de bougies d'hegar
- 2 Btes de chirurgie vaginale
- 1 Appareil d'aspiration endo-utérine
- 1 Système d'aspiration murale
- 1 Coéloscopie diagnostic
- 2 Tables à servir Inox
- 2 Tabourets Inox
- 1 Escabeau Inox
- Bloc
- 4 Plateaux à service - 2 GM et 2 M / M
- 1 Chariot à malade
- 10 Cupules: 4 grands, 2 moyens,

- 4 petits
- 4 Tambours à champs
  - 1 Tambours à compresses
  - 1 Tambours à doigtiers
  - 1 Tambour à gants
  - 4 Tambours à camisoles

Salle de Stérilisation

- 2 Autoclaves
- 1 Réfrigérateur
- 1 Chauffe-Sirum

Nursery

- 2 chauffes - Biberons
- 6 Couveuses
- 1 Table de réanimation chauffante
- 2 Aspirateurs de mucosité
- 2 Chariots à pansements

- 1 Appareil d'anesthésie réanimation
  - 1 cardio-secours
  - 1 Bistouri électrique
  - 1 Scialytique plafonnier et 1 mobile
  - 1 Armoire de rangement (pour ligatures)
  - 1 Chariot à linge sale
  - 4 Boites de césarienne
  - 2 Boites de laparatomie
  - 4 Boites de bougies d'hegar
  - 2 Boites de chirurgie vaginale
  - 1 Appareil d'aspiration endo-utérine
  - 1 Système d'aspirateur mural
  - 2 Coelioscopes opératoire diagnostic
  - 2 Hystérocopes opératoire diagnostic
  - 1 Chorionoscope avec système photo
  - 1 Tuboscope avec système photo
  - 1 Système audio-visuel incorporé bloc amphi
  - 2 Tables à séjour (Inox)
  - 2 Tabourets (Inox)
  - 4 Plateaux à séjour 2 G.M et 2 M.M
  - 1 Chariot à malade
  - 1 Microscope opératoire
  - 10 Cupules : 4 grands, 2 moyens, 4 petits
  - 4 Tambours champs
  - 1 Tambours à compresses
  - 1 Tambours à doigtiers
  - 1 Tambours à gants
  - 4 Tambours camisoles
- Salle de stérilisation
- 2 Autoclaves
  - 1 Réfrigération
  - 1 Chauffe - Sérum
- Nursery
- 2 Chauffe-Biberons
  - 6 Couveuses
  - 1 Table de réanimation chauffante
  - 1 Système d'aspiration murale
  - 2 Aspirations de mucosité
  - 2 Chariots à pansements

**UROLOGIE**

Hôpital de Daïra	Hôpital Chef lieu de Wilaya	CHU.
<p>A / Consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Table examen avec tiroir vide urine et jambière</li> <li>- Table roulante</li> <li>-Salle de consultation possédant des moyens d'évacuation sanitaire</li> </ul> <p>B / Bloc Opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Table opératoire avec billot et jambière</li> </ul> <p>b1. Boite de chirurgie Abdominale</p> <p>b2. Boite de Lobotomie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pince à disséquer à griffe</li> <li>- Pince coudée de Bakey</li> <li>- Pince à disséquer multigriffe</li> <li>- Pince à coaguler</li> <li>- Pince de duval</li> <li>- Pince de Kelly</li> <li>- Petite pince à Hemostage</li> <li>- Pince de Bengolléa</li> <li>- Porte tampon</li> <li>- Dissecteur</li> <li>- Porte aiguille</li> <li>- Ecarteur de Farabeuf</li> <li>- Racine</li> <li>- Ciseaux de Moyo</li> <li>- Petits ciseaux de Metzenbaum</li> <li>- Grands ciseaux de Metzenbaum</li> <li>- Bistouri à lames interchangeable</li> <li>- Un clamp à pedouelle rénal</li> <li>- Un clamp de Satinsky</li> <li>- Un écarteur Hartman</li> <li>- Un écarteur auto statique de Gosset</li> <li>- Valves Leriche</li> <li>- Un costome</li> <li>- Ecarteur à Sinus rénal (Rapin)</li> <li>- 1 Jeu de pinces à calcul</li> <li>- Bistouri à Serpette</li> </ul> <p>b3. Boite de prostate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pinces de museaux</li> <li>- Ecarteur de Mryntschak</li> <li>- Aiguille de peau</li> <li>- Pince d'allis</li> <li>-Valves malléables</li> </ul> <p>b4. Boite Uretherale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeu de Benique à ajouter</li> </ul>	<p>A/ Tout le matériel pour l'hôpital de daïra, il faut ajouter :</p> <p>A double visée :</p> <p>A/ Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cysto- uréthroscope avec tous ses accessoires</li> </ul> <p>b/ Thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uréthrome</li> <li>- Ré secteur</li> </ul>	<p>En plus de matériel pour hôpital de Wilaya il faut garder pour le CHU</p> <p>A/ Matériel de Nephrolithotomie percutanée</p> <p>B/ Désigner le centre de Lithotrice extra-corporelle</p>

**OPHTALMOLOGIE**

Hôpital de Daïra	Hôpital Chef de Wilaya	CHU.
<p>Consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Meuble de consultation avec 3 tiroirs</li> <li>- 3 Ophthalmoscopes</li> <li>- 1 Boite de verres</li> <li>- 2 Paires de lunettes d'essai universelle</li> <li>- 2 Paires de lunettes d'essai enfant</li> <li>- 1 Règle à skioscopie trousseau</li> <li>- 1 Retinoscope concave</li> <li>- 1 Loupe 13 D</li> <li>- 1 Interpupillomètre</li> <li>- 1 Exophtalmomètre</li> <li>- 1 Verre rouge</li> <li>- 1 Obturateur</li> <li>- 1 Ophthalmo-dynamomètre de Muller</li> <li>- 1 Lampe de poche à piles</li> <li>- 1 Echelle de parinaud</li> <li>- 1 Lampe de Baillard</li> <li>- 1 Test de H.Ishiara</li> <li>- 1 Test de Amsler</li> <li>- 1 Biomicroscope avec tonomètre à aplanation</li> <li>- 1 Ophthalmomètre javal</li> <li>- 1 Frontophotomètre</li> <li>- 1 Verre à 1 miroir</li> <li>- 1 Verre à 3 miroirs</li> <li>- 3 Tonomètre de Schiotz</li> <li>- 3 Pincés à cils</li> <li>- 6 Aiguilles I.M</li> <li>- 24 Aiguilles I.D.</li> <li>- 1 Jeu de sondes lacrymales de 0 à 6</li> <li>- 3 Styles dilatateurs</li> <li>- 1 Retinoscope plan</li> </ul>	<p>Consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 Biomicroscopes</li> <li>- 3 Ophthalmomètres</li> <li>- 1 Laser</li> <li>- 1 Fronto-Focomètre</li> </ul> <p>Exploration Fonctionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Angiographe</li> <li>- 1 Périmètre Goldman</li> <li>- 1 Périmètre Friedman</li> <li>- 1 Echographe A et B</li> <li>- 1 Lancaster</li> </ul> <p>Cabinet de pansement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Scialytique roulant à batterie</li> </ul> <p>Bloc Opérateur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Microscopes opératoire dont 1 à lampe à fente rotative</li> <li>- 1 Vitrétome type Kloti avec 2 têtes de Brouter 3 Cryoextracteurs avec :</li> <li>* 9 cryodes à cataracte</li> <li>*3 cryodes à décollement</li> <li>- 1 Electro-aimant pour corps étranger</li> <li>- 2 Scialytiques roulant à batterie</li> </ul> <p>Salles (chambre noire)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Bio microscopes</li> <li>- 2 Ophthalmomètres</li> <li>- 1 Fronto-Focomètre</li> </ul>	<p>Même matériel qu'hôpital de wilaya</p>



**ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE**

Hôpital de Daïra	Hôpital Chef de Wilaya	CHU.
<p>Equipement d'un service d'orthopédie traumatologie :</p> <p>Consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Table d'examen pour adulte</li> <li>- Pèse personne</li> <li>- Toise</li> <li>- Négatoscope mural-3 places</li> <li>- Stéthoscope</li> <li>- Appareil à tension</li> <li>- Marteau à réflexes</li> <li>- Dynamomètre</li> <li>- Diapason</li> <li>- Mètre ruban</li> <li>- Poubelle</li> <li>- Seaux à pédale</li> </ul> <p>Soins Externe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stérilisateur GM / MM</li> <li>- Matériel à pansement</li> <li>- Plateaux GM / MM</li> <li>- Haricot acier</li> <li>- Poubelle</li> <li>- Seringue</li> <li>- Aiguille</li> <li>- Trocard</li> <li>- Boite à pansement complète type chirurgie</li> <li>- Boite petite chirurgie</li> <li>- Scialytique mobile</li> </ul> <p>N.B : La composition des boites sus visées est celle de la chirurgie</p> <p>Salle de plâtre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins à plâtre</li> <li>- Lames de rechange</li> <li>- Ciseaux à plâtre</li> <li>- Ecarteur à plâtre</li> </ul> <p>Scialytique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Table orthopédique pour plâtre</li> </ul> <p>Cadre de réduction orthopédique et confection de corset plâtre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuvette à eau</li> <li>- Paillasse en acier</li> <li>- Table d'examen</li> <li>- Escarbot deux marches</li> <li>- Scies à plâtre</li> <li>- Ecarteur à plâtre</li> <li>- Table d'extension pour plâtre</li> <li>- Cuvette à eau</li> <li>- Attelles</li> </ul> <p>Unité Soins-Hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Négatoscope mural multiplage</li> <li>- Table d'examen</li> <li>- Pou Pinel (stérilisateur) GM</li> <li>- Pèse personne</li> <li>- Toise</li> <li>- Chariot visite</li> <li>- Chariot pansement</li> <li>- Plâtre</li> <li>- Poubelle</li> <li>- Seau à pédale</li> <li>- Plateaux GM / PM</li> <li>- Haricots acier</li> <li>- Boite complète à pansement</li> <li>- Nécessaire à trachéotomie</li> <li>- Boite complète petite chirurgie</li> <li>- Défibrillateur électrique</li> <li>- Seringues- Aiguilles</li> <li>- Trocard</li> <li>- Potence</li> <li>- Stéthoscope</li> <li>- Appareil à tension</li> <li>- Marteau à réflexes</li> <li>- Diapason</li> <li>- Rasoir avec lames</li> <li>- Tambours GM/ PM</li> <li>- Scie électrique à plâtre</li> <li>- Lames de rechange</li> <li>- Ecarteurs à plâtre</li> <li>- Mètre ruban</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Matelas alternating</li> <li>Thermomètre médical</li> <li>- Matériel à pansement</li> <li>- Rond de caoutchouc</li> <li>- Matériel de traction osseuse</li> <li>* Attelles</li> <li>* Fils</li> <li>* Poids</li> <li>* Chignoles main</li> <li>Etriers</li> <li>Le service</li> <li>Même équipement en mobilier</li> <li><u>Cependant</u> : Lit à multiple articulation installation lave malade, chaise roulante</li> <li>Le bloc opératoire</li> <li>F1) Salle aseptique</li> <li>Comme chirurgie générale</li> <li>Cependant – table opératoire – radio mobile et / ou amplificateur</li> <li>F2) Salle septique</li> <li>Comme salle de chirurgie générale</li> <li>F3) Salle de réduction orthopédique</li> <li>* Gaz et fluides médicaux</li> <li>* Aspirateur</li> <li>* Négatoscope mural</li> <li>- Table pour réduction orthopédique cadre de rachis</li> <li>  Extension membres supérieurs</li> <li>  Extension membres inférieurs</li> <li>- Radio mobile et / ou amplificateur de brillance</li> </ul>		
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

**Equipements Anatomopathologie**

Hôpital de Daïra	Hôpital Chef de Wilaya	CHU.
	<p>Matériel de Laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Microscopes binoculaires à lumière transmise</li> <li>- Microscopes binoculaires à lumière polarisée</li> <li>- Microscopes binoculaires à contraste de phase</li> <li>- Microscopes binoculaires à fluorescence</li> <li>- Microscopes à plusieurs têtes</li> <li>- Système de microphotographie adapté sur les microscopes</li> <li>- Système de macrophotographie</li> <li>- Appareils photographiques</li> <li>- Loupes binoculaires-stéromicroscope</li> <li>- Appareil à projection de lames</li> <li>- Appareil à projection de diapositives</li> <li>- Ecran de projection</li> <li>- Machine à écrire</li> <li>- Photocopieuse</li> <li>- Climatiseur</li> <li>- Micro-ordinateur</li> <li>- Aspirateur aérateur</li> <li>- Hotte aspirante</li> <li>- Hotte de laboratoire</li> <li>- Microtome à congélation cryostat</li> <li>- Microtome à mouvement vertical</li> <li>- Adaptateur de bloc pour microtome</li> <li>- Conteneur de blocs vides</li> <li>- Automate à inclusion en paraffine</li> <li>- Groupe thermo électrique d'enrobage en paraffine</li> <li>- Infiltrateur sous vide tissus</li> <li>- Affûteur de rasoirs</li> <li>- Appareils pour séchage de lames</li> <li>- Appareils pour coloration des lames de cytologie</li> <li>- Appareil pour coloration des lames d'histologie</li> <li>- Etuve simple - Etuve à paraffine</li> <li>- Armoire à congélation (-70°)</li> </ul> <p>Réfrigérateur</p> <p>Appareil à eau distillée -Appareil à eau bio distillée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiroirs de classement vertical de lames (85°x 100) mm</li> <li>- Tiroirs de classement vertical de lames (76°x 25) mm</li> <li>- Tiroirs de classement de diapositives (50 x 50) mm</li> <li>- Tiroirs de classement à plat</li> <li>- Horizontal de lames (85 x 100)</li> <li>- Tiroirs de classement à plat</li> <li>- horizontal de lames (76 x 25)</li> <li>- Tiroirs de classement à plat de diapos (50 x 50)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centrifugeuse</li> <li>- Platine chauffante</li> <li>- Bain-marie pour des coupes</li> <li>- Ph-mètre</li> <li>- Balance Roberval et poids</li> <li>- Balance de précisions</li> <li>- Micromètres pour microscopes = réticules gradués</li> <li>- Déplisseur à eau pour rubans de paraffine</li> <li>- Vibratome pour coupe de tissus frais</li> </ul>	<p>En plus du matériel pour hôpital de wilaya il existe du matériel spécifique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appareils d'inclusion en résine</li> <li>- Histo range microtome automatique</li> <li>- Histo Knife Maker</li> <li>- Ultratome</li> <li>- Knife Maker</li> <li>- Appareil à coloration ultrasteiner pour microscope électronique</li> <li>- Microscope électronique</li> <li>- Microscope à balayage</li> <li>- Système de développement de photographie</li> <li>- Système informatique intégré au microscope optique</li> </ul>

## P R E A M B U L E

Ce travail a été en partie inspiré des documents de la direction des services extra-hospitalières, concernant les équipements types de la polyclinique fait en février 1980 et Avril 1983.

Les articles sont désignés en fonction de chaque activité. Lorsque la même activité est assurée dans un centre de santé ou une salle de soins, l'équipement est identique.

L'équipement de la salle de pansements a été complété de telle façon, qu'avec un des cabinets de consultation de médecine générale et la salle d'injections, en puisse constituer une unité d'urgences médico-chirurgicales primaires, peuvent également mettre en condition, avant évacuation, les malades nécessitant une prise en charge hospitalière.

Les équipements des cabinets de consultations de gynécologie-obstétrique, d'O.R.L, d'Ophtalmologie ont été, après avis des spécialistes concernés révisés en se référant au document sur les équipements des consultations externes spécialisées des hôpitaux de Novembre 1985. Ainsi toute pathologie pouvant être traitée en ambulatoire pour être prise en charge par la polyclinique.

La maternité et la salle de radiologie ont été complétées en équipement.

Les équipements de rééducation et prothèse dentaire par polyclinique n'ont pas été retenus.

**FICHER DE POLYCLINIQUE**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
- Bureaux simple	02	
- Chaises	04	
- Armoires vestiaires	03	
- Armoires métallique fermant à clef	01	
- Fichier pour malades (classeurs cases coulissantes)	03	
- Fichier métallique ordinaire	03	
- Téléphone	01	
- Corbeille à papier	01	

**BUREAU DE MEDECIN CHEF DE LA POLYCLINIQUE**

- Bureau à dessus stratifié ayant 2 coffres, 2 tiroirs fermant à clef	01	
- Fauteuil de bureau tournant	01	
- Chaises avec siège à soufflet	04	
- Armoires métallique fermant à clef	01	
- Bibliothèque	01	
- Armoire vestiaire fermant à clef	01	
- Corbeille à papier	01	

**SECRETARIAT DE LA POLYCLINIQUE**

- Bureau secrétaire	01	
- Chaises à siège à soufflet	03	
- Bureau pour machine à écrire	01	
- Machine à écrire	01	
- Fichier métallique ordinaire	03	
- Armoire vestiaire	01	
- Armoire métallique	01	
- Téléphone	01	
- Corbeille à papier	01	

**LOCAL POUR VESTIAIRES**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
- Avec séparation hommes et femmes	01	Par agent
- Armoire vestiaire fermant à clef		

EQUIPEMENT TYPE D'UN CABINET DE CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
<b>- 1- MOBILIERS</b>		
Bureau	01	
Rideau à dessus stratifié ayant 2 coffres, 2 tiroirs fermant à clef	01	
Fauteuil de bureau tournant	04	
Chaises	02	
Armoires vestiaires	01	
Porte manteau	01	
Armoire métallique fermant à clef	01	
Classeur cases coulissantes	01	
Nécessaire pour chauffage	01	
Téléphone	01	
Paravent		
<b>- 2- MATERIEL MEDICAL</b>		
Table d'examens	01	
Escabeau à 2 ou 3 marches	01	
Tabouret à vis à hauteur variable	01	
Armoire vitrée	01	
Guéridon roulant	01	
Négatoscope 2 pages	01	
Bascule adulte	01	
Bascule pèse bébé	01	
Scialytique campe sur pied mobile	01	
Sceau à pansement à pédale	01	
Spiromètre	01	
Tableau d'acuité visuelle alphabet arabe	01	
Tableau d'acuité visuelle alphabet latin	01	
Tableau d'acuité visuelle alphabet pour illettré	01	
Toise adulte	01	
Toise bébé	01	
Otoscope médical	01	
Stéthoscope obstétrical	01	
Tensiomètre adulte	01	
Tensiomètre enfant	01	
Mètre ruban	01	
Marteau à réflexe	01	
Lampe de poche	01	
Thermomètre	01	
Miroir laryngé	01	
Stylet porte coton droit	01	
Stylet porte coton courbe	01	
Verre à pied gradué	02	
Abaisse langue métallique coudé	02	
Lampe à alcool	01	
Tambour 320 x 200 contenant	01	
spéculum vaginal G.M	01	
spéculum vaginal M.M	03	
spéculum vaginal P.M	03	
Rectoscope	02	
Pince de peau 25 cm	10	
Tambour 200x200 mm pour gants	01	
Tambour 200x200 mm pour doigtiers	01	
Tambour 200x200 mm pour compresses	01	
Tambour 200x200 mm pour coton	01	
Support en bois pour sécher les lames	01	
Support portes tubes à essai	02	
Pince en bois pour tube à essai	01	
Plateau à servir 30x40 cm	02	
Plateau à servir 24x18 cm	02	
Haricots	02	
Cupule	02	
Une boîte métallique 250x160x60 contenant 30 aiguilles I.M.	01	
Une boîte métallique 250x160x60 contenant des aiguilles de Deuss (3 PM, 3 cm)	01	
Brosse chirurgicale pour ongle	01	
Flacon pissettes plastiques	01	
<b>- 3- CONSOMMABLES</b>		
Lames	100	
Lamelles	100	
Tubes à essai	20	
Ecouvillons sur tubes stériles	20	
Boîtes pour prélèvement de crachats	20	
Gants	20	
Doigtier 2 doigts	20	
doigtier 1 doigt	20	
Boîte de réactifs pour analyse instantanée (sang, urines)	01	
Boîte de 100 abaisses langues en bois	01	

**EQUIPEMENT TYPE D'UNE SALLE D'INJECTIONS**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
Paravent	01	
Table de consultations	01	
Escabeau à 2 à 3 marches	01	
Bureau simple avec tiroirs fermant à clef	01	
Chaises	03	
Porte manteau	01	
Armoire vestiaire	01	
Armoire métallique	01	
Guéridon	01	
Sceau à pansement à pédale	01	
Stérilisateur (poupinel)	01	
Plateau 20x40 mm	03	
Plateau 24x18 mm	10	
Garrots	02	
Tambour (200x200mm) pour coton	01	
Flacons pissettes plastiques	03	
Boîte métallique 250x160x60 pour stériliser les seringues	01	
Réfrigérateur	01	
Nécessaire à chauffage	01	
Téléphone	01	

**EQUIPEMENT TYPE D'UNE SALLE DE PANSEMENTS D'UNE POLYCLINIQUE**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
<b>1- MOBILIER :</b>		
Table	01	
Chaises	03	
Armoires vestiaires	02	
Porte manteau	01	
Armoire métallique fermant à clef	02	
Nécessaires pour chauffage	01	
Réchaud à gaz 2 feux	01	
Téléphone	01	
Paravent	01	
<b>2- MATERIEL MEDICAL :</b>		
Table d'examen	01	
Escabeau à 2 à 3 marches	01	
Tabouret à vis à hauteur variable	01	
Armoire vitrée	01	
Négatoscope deux plages	01	
Guéridons roulants	02	
Aspirateur mobile	01	
Scialytique	01	
Sceau à pansements à pédales	01	
Obus d'oxygène avec masque et manomètre	01	
Boîtes métallique 250x160x60 pour pansements contenant chacune		
. Ciseaux droits mousses 16 cm	01	
. Ciseaux de lister	01	
. Pince de Kocher 16 cm	01	
. Pince de peau 16 cm	01	
. Pince à disséquer sans griffes 16 cm	01	
Boîtes métalliques 250x160 pour sutures contenant :	01	
. Pince de Michel à affronter avec haricot		
. Pince de Michel à révolter	01	
. Porte agrafes	01	
. Agrafe de Michel 12 mm	01	
. Agrafe de Michel 16 mm		
Boitemétallique 250x160x60 pour petite urgence ORL contenant :		
. Pince de Hartman à mors courbe pour corps étranger	01	
. Crochet pour corps étrangers des fosses nasales	100	
. Curette pour corps étrangers des fosses nasales	100	
. Ouvre bouche de doyen pour adulte	01	
. Ouvre bouche de doyen pour enfant	01	
Tambours 320X200 mm pour champs percés	02	
Tambours 320X200 mm pour gants	02	
Tambours 320X200 mm pour compresses	02	
Tambours 320X200 mm pour coton	01	
Plateaux à servir 30X40 mm	04	
Plateau à servir 24X18 mm	04	
Haricots	04	
Scie à plâtre	01	
Jeu de cisaille pour plâtre	01	
Flacons pissettes plastiques	02	
Attelles de Kramer adultes	20	
Attelles de Kramer enfants	20	
Attelles de coudes adultes	20	
Attelles de coudes enfants	20	
Brosses chirurgicales pour ongles	02	
Bloc à lavement avec canules	01	



**Salle d'Observations**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITE	OBSERVATIONS
Lits + matelas+ couvertures	04	
Armoires vestiaires	04	
Potences	02	
Aspirateur mobile	01	
Bassins de lits	02	
Urinoirs hommes (pistolet)	02	
Urinoirs femmes (pistolet)	02	
Nécessaires à chauffage	01	
Obus d'oxygène avec masque	01	
Paravent de séparation hommes-femmes	01	

**EQUIPEMENTS TYPE D'UN CABINET DENTAIRE POUR UN FAUTEUIL DENTAIRE**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
Fauteuil dentaire	01	
Scialytique	03	
Radiographie	01	
Tablette (Turbine – contre angle-liège à main	01	
Unité dentaire	04	
Compresseur	01	
Armoire à rangement des instruments	01	
Bureau	02	
Chaises	10	
Fichier	02	
Stérilisateur (poupinel)	04	
Haricot, Plateau	04	
Tambour	02	
Pipettes pour alcool	02	
Seringues à carpules en métal	04	
<u>INSTRUMENTATION :</u>	04	
Maxillaire supérieur		
Davier bloc incisif	04	
Davier bloc canin prémolaire	04	
Davier bloc molaire gauche	04	
Davier bloc molaire droite	04	
Davier bloc dent de sagesse	06	
Davier racine	04	
Elévateur droit	04	
Syndesmotome droit	02	
<u>MANDIBULE :</u>	02	
Davier bloc incisive canin		
Davier bloc prémolaire	06	
Davier molaire	02	
Davier bloc dent de sagesse	02	
Davier racine	02	
Elévateur coudé gauche	02	
Elévateur coudé droite	01	
Syndesmotome faucille	01	
Autres instruments pour petite chirurgie		
Porte bistouri		
Arrache apex, Arrache couronne		
Scalpel	10	
Pince gouge	10	
Râpe à os	10	
Instruments de dentisterie opératoire	10	
Précelles, Sonde	04	
Miroir et porte miroir	10	
Excavateur double	04	
Spatule à laxer en acier INOX	08	
Spatule à bouche	08	
Spatule à malaxer en Agathe	04	
Fouloir amalgame double	04	
Brunissoir différentes formes	02	
Pistolet à amalgame	01	
Porte matrice+rouleau matrice	01	
Porte digue et digue		
Mélangeur à amalgame automatique	01	
Instrumentation pour parodontologie		
Mandibule	03	
Matériel complet pour détartage	01	
« CAVITRON » + Insert (jeu complet)	02	
Matériel divers		
Boite en métal pour instruments		
Poubelle		
Cuvette pour nettoyage des instruments		

**EQUIPEMENT TYPE D'UN CABINET DE CONSULTATION DE GYNECO-OBSTETRIQUE**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
<b>1/- MOBILIER :</b>		
Mobilier type d'un cabinet de consultation de médecine générale		
Paravent	01	
<b>2/ - MATERIEL MEDICAL :</b>		
Table d'examen de gynécologie à 3 plateaux matelassées avec épaulière et porte jambes	01	
Escabeau à 2 ou 3 marches	01	
Tabouret à vis à hauteur variable	01	
Armoire vitrée	01	
Guéridon roulant	01	
Négatoscope à 2 plages	01	
Bascule adulte	01	
Scialytique	01	
Sceau à pansement à pédale	01	
Toise adulte	01	
Stéthoscope obstétrical	01	
Tensiomètre adulte	01	
Mètre ruban	01	
Marteau à réflexe	01	
Thermomètre	01	
Pelvimètre de collyre	01	
Microscope binoculaire	01	
Pince à servir (péan) 25 cm	02	
Verre à pied gradué	01	
Tambour 320x200 contenant chacun :	02	
Spéculum vaginal P.M	05	
Spéculum vaginal M.M	10	
Pince PEAN 25 cm	20	
Tambour 200x200 mm pour gants	01	
Tambour 200x200 mm pour doigtier	02	
Tambour 200x200 mm pour compresses	01	
Tambour 200x200 mm pour coton	01	
Boite métallique 250x150x60 pour accouchement contenant :		
Pince COCHER 16 cm		
Ciseaux droits mousse 16 cm	02	
Ligature pour cordon	01	
Boite métallique 160x160x60 contenant chacune :	01	
Pince de POZZI	02	
Pince de MUZEUX	05	
Hystéromètres	05	
Ciseaux courbes 25 cm	05	
Support en bois pour sécher les lames	02	
Support portes tubes à essai	01	
Pince en bois pour tube à essai	01	
Plateaux à servir 30 x 40 cm	01	
Plateaux à servir 24 x 18 cm	04	
Haricots	04	
Capsules	04	
Brosses chirurgicales pour ongles	02	
Flacons pissettes plastiques	02	
<b>3/ - CONSOMMABLES :</b>	06	
Lames		
Lamelles	100	
Tubes à essai	100	
Ecouvillons sur tubes stériles	20	
Gants	50	
Doigtier 2 doigts	50	
	100	

**EQUIPEMENT TYPE D'UN CABINET DE CONSULTATION O.R.L DANS UNE POLYCLINIQUE**

<b>DESIGNATION DES ARTICLES</b>	<b>QUANTITES</b>	<b>OBS</b>
<b>1/- MOBILIER :</b>		
Bureau à dessus stratifié ayant 2 coffres, 2 tiroirs fermant à clef	01	
Fauteuil de bureau tournant	01	
Chaises	04	
Armoires vestiaires	02	
Porte manteau	02	
Armoires métalliques fermant à clef	01	
Classeurs bases coulissantes	01	
Téléphones	01	
Nécessaires pour chauffage	01	
<b>2/- MATERIEL MEDICAL GENERAL</b>		
Table d'examen	01	
Escabeau à 2 à 3 marches	01	
Tabouret à vis à hauteur variable	01	
Armoire vitrée	01	
Guéridon roulant	01	
Négatoscope à 2 plages	01	
Bascule adulte	01	
Scialytique	01	
Sceau à pansement à pédale	01	
Stéthoscope médical	01	
Tensiomètre adulte	01	
Tensiomètre enfant	01	
Marteau à réflexe	01	
Thermomètre	01	
Stérilisateur (poupinel)	01	
Lampe à alcool	01	
Tambour 320x200 mm pour gants	01	
Tambour 320x200 mm pour compresses	01	
Tambour 200x200 mm pour coton	01	
Haricots	03	
Plateaux à servir 30x40 cm	03	
Plateaux à servir 24x18 cm	03	
Capsules métalliques	02	
Verre à pied gradué	01	
Flacons pissettes plastiques	06	
Brosses chirurgicales pour ongles	02	
<b>3 MATERIEL POUR EXAMEN DE L'OREILLE</b>		
Chaise d'O.R.L	01	
Audiomètre clinique avec magnétophone	01	
Cabine d'audiométrie	01	
Impédance mètre	01	
Microscope d'examen d'O.R.L	03	
Miroir de Clark 110x220 volts	10	
Glace de rechange pour miroir de Clark	05	
Lampe de rechange pour miroir de Clark	01	
Jeux de spéculum auriculaires contenant :	01	
Spéculum N° 00	01	
Spéculum N°0	01	
Spéculum N° 1	01	
Spéculum N° 2	01	
Spéculum N° 3	01	
Spéculum N° 5/1	01	
Spéculum N° 5/2	01	
Tube d'otoscope avec olive	01	
Coffret de 5 diapasons audiométrique	01	
Poire de POLLITSER avec caoutchouc et cive nasale	02	
Sonde d'Isard (série de 1 à 6)	02	
Raccord pour DECT	06	
Canule de HARTANN	10	
Stylet olivaire coudé à plaque	05	
Porte coton fin	01	
Pince coudée fine pour pansement d'oreilles sans griffes	01	
Pince coudée en baïonnette de Lucas	01	
Anse de SEBILAU pour nettoyage des oreilles	01	
Curette double pour cérumen	01	
Pince de HARTAMNN à mors taillés	01	
Pince de HARTAMNN à mors en curette	05	
Pince de HARTMANN à mors courges pour corps étranger	02	
Aiguille à paracentèse à manche fixe	05	
Manche pour aiguille à paracentèse	05	
Aiguille à paracentèse adulte	05	
Aiguille à paracentèse enfant	04	
Aiguille à paracentèse nourrissons	04	
Serre nœud de BLACK (Dulute)	10	
Serre nœud de BARRATOUX	05	
Fil d'acier 3/10	20	
Fil d'acier 4/10	02	

Canule aspiratrice pour oreille	01	
Boites métalliques pour instrument 250x160x60	02	
<u>4 MATERIEL POUR EXAMEN DU NEZ</u>		
Spéculum nasal enfant	02	
Spéculum nasal adulte	02	
Spéculum à longue	01	
Jeux de spéculum de PALMER	02	
Pince de lubet barbon à griffes	03	
Pince de lubet barbon sans griffes	02	
Pince de lubet barbon en gouttière	02	
Miroir de CLAETZE	02	
Pulvérisateur ORL	02	
Boites métalliques pour instrument 250x160x60	20	
<u>5/ - MATERIEL POUR EXAMEN DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX</u>		
Ouvre bouche de DOYEN adulte	01	
Ouvre bouche de DOYEN enfant	01	
Bâillon ouvre bouche adulte	01	
Bâillon ouvre bouche enfant	02	
Abaisse langue double coudée métallique		
<u>6/ - MATERIEL POUR EXAMEN DE LARYNX</u>		
Dilatateur de LABORDE	02	
Série de miroirs laryngien n° 2, 3, 4, 5,6	10	
Série de miroirs laryngien n° 6/3, 6/4	02	
Manche pour DITO	01	
Canule de KRIESHABER métallique et plastique n° 00, 1, 2, 3, 4, 5,6	01	
Ecouvillon pour nettoyage des canules trachéales	03	
Crochet de KERMISSION pour corps étrangers de l'hypopharynx	01	
Seringue laryngienne	01	
Canule de HAUTANT métallique et plastique de 00 à 66	01	
Boites métalliques pour instruments 250x160x60	01	

**EQUIPEMENT TYPE D'UN CABINET DE CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE DANS UNE POLYCLINIQUE**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
<b>1/- MOBILIER :</b>		
Bureau à dessus stratifié ayant 2 coffres, 2 tiroirs fermant à clef	01	
Fauteuil de bureau tournant	01	
Chaises	04	
Armoires vestiaires	02	
Porte manteau	01	
Armoire métallique fermant à clef	01	
Classeur à cases coulissantes	01	
Téléphone	01	
Nécessaire à chauffage	01	
<b>2/- MATERIEL MEDICAL DE BASE</b>		
Table d'examen	01	
Escabeaux à 2 à 3 marche	01	
Tabouret à vis hauteur variable	02	
Armoire vitrée	01	
Guéridon roulant	01	
Négatoscope 2 pages	01	
Bascule adulte	01	
Scialytique	01	
Sceau à pansement à pédale	01	
Stéthoscope médical	01	
Tensiomètre enfant	01	
Marteau à réflexe	01	
Tensiomètre adulte	01	
Thermomètre enfant	01	
Stérilisateur (poupinel)	01	
Lampe alcool	01	
Tambour 320x200 mm pour gants	01	
Tambour 320x200 mm pour compresses	01	
Tambour 200x200 mm pour coton	01	
Haricots	01	
Plateaux à servir 30x40 cm	03	
Plateaux à servir 24x18 cm	03	
Cupules métalliques	02	
Verre à pied gradué	01	
Flacons pissettes plastiques	06	
Brosses chirurgicales pour ongles	02	
<b>-MATERIEL D'OPHTALMOLOGIE</b>		
Meuble de consultation d'ophtalmologie H.0.72 .L 0.80.E.0.50 avec 3 tiroirs avec transformateur et 10 lampes de rechange	01	
Fluoroscope d'AMABRIE	01	
Rétinoscope concave	01	
Rétinoscope plan	01	
Lampe pour skiascopie	01	
Règle pour skiascopie trousseau	01	
Exophtalmomètre de LUDDE	01	
Interpupillomètre	01	
Ophtalmologie –dynamomètre de Muller	01	
Ophtalmomètre de JAVAL	01	
FRONTO Foromètre	01	
Tonomètre de SCHIOTZ	01	
Tonomètre d'aplomation de GOLDEN et biomicroscope MAAG STREIT	01	
Périmètre de GOLDMAN	01	
Test de H. HICHIARA	01	
Test de HESS LANCASTER	01	
Test de AMSLER	01	
Projecteur d'optotype	01	
Echelle lumineuse murale, alphabet arabe	01	
Echelle lumineuse murale, alphabet latin	01	
Echelle lumineuse murale, alphabet illettrés	01	
Tableau d'acuité visuelle, alphabet arabe	01	
Tableau d'acuité visuelle, alphabet latin	01	
Tableau d'acuité visuelle, alphabet illettrés	01	
Tableau d'acuité visuelle pour enfants	01	
Tableau de lecture de prés	01	
Alphabet	01	
Test de RASSANO	01	
Anneaux de LANDOLT	01	
Echelle de paranau	01	
Cache œil	01	
Ablurateur	01	
Verre rouge	01	
Verre à miroir pour gonioscopie	01	
Verre à trois miroirs pour gonioscopie	01	
Aile madox	01	
Lampes à fente	01	
Lampes de BAILLARDS	01	
Lampe de girafe (à col)	01	

Règle de prisme	02	
Boîte de verres	02	
Monture d'essai universelle	01	
Monture d'essai enfant	06	
Loupe 1 S.D	03	
Releveurs paupières	03	
Stylets dilateurs	01	
Pince à cils	03	
Jeu des sondes lacrymales (0-6)	03	
Seringues 10 cc	06	
Seringues 5 cc	06	
Seringues 2 cc	20	
Aiguilles IV	20	
Aiguilles IM	02	
Aiguilles ID (sous conjonctives)	02	
Blepharostats simples G.M	02	
Blepharostats simples P.M	02	
Blepharostats simples pour enfants	02	
Ecarteurs P.MEcarteurs G.M	06	
Ciseaux d'ophtalmologie (droite, pointus, mousses steit )	06	
Ciseaux d'ophtalmologie (courbes, pointus, mousses Kalt )	04	
Pincés à disséquer avec griffes (modèle ophtl)	04	
Pincés à disséquer sans griffes (modèle ophtl)	02	
Porte lames	02	
Boîtes pour ablation de fils (modèle ophtalmo) contenant (ciseaux, pince à disséquer, blepharostat)	02	
Boîtes pour voies lacrymales contenant (stylets dilateurs, sondes lacrymales, canules de GALEZWXKI, seringues)	01	
Boîte à corps étrangers contenant (fraise d'ARRUCA curette à corps étrangers, aiguilles à corps étrangers)	02	
Boîtes à paupières pour trichiasis, plaies etc.	06	
Boîtes métalliques pour instruments 250x 160x60mm	06	

#### EQUIPEMENT TYPE D'UN CABINET DE PEDIATRIE

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
Equipement type d'1 cabinet de médecine générale	01	
Tensiomètre bébé	01	
Compas d'épaisseur cutané	01	

#### EQUIPEMENT TYPE D'UNE SALLE DE CONSULTATION DE PSYCHOLOGIE

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
<u>1/- MOBILIER</u>		
Mobilier type d'un cabinet médecine générale		
<u>2/- MATERIEL</u>		
Echelle de développement psychologique de la première enfance – O – URENET et LEZINE	01	
Echelle de développement règle pensée logique PIAGAP et LARGEOR		
Test sans parole POREUMAXMONMY	01	
Inventant de développement de GESELL	01	
Echelle de VERMAN MERRAL	01	
Rééducation rééquilibration sensori motrice C.P KLINGEBIEL	01	
Test de perception pour enfants et suppléments (CATS)		
Test du village imaginaire du MUCHIELLI	01	
	01	
	01	

#### EQUIPEMENT TYPE D'UNE P.M.I DANS UNE POLYCLINIQUE

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
<u>1/- MOBILIER :</u>		
Bureau à dessus stratifié ayant 2 coffres, 2 tiroirs fermant à clef.		
Tables		
Fauteuil de bureau tournant	01	
Chaises	02	
Armoires vestiaires	01	
Porte manteau	06	
Armoires métalliques fermant à clef	04	
Classeurs cases coulissantes	02	
Nécessaires pour chauffage	03	
Réfrigérateur	01	
Stérilisateur (poupinel)	01	
Corbeille à papier	01	
Réchaud à gaz 2 feux	01	
Téléphone	01	
Paravent	01	
	01	
	01	
	01	
	01	

<b><u>2/- MATERIEL POUR CONSULTATIONS PRE-NATALES, POST-NATALES ET DES ENFANTS</u></b>	01	
Table d'examen de gynécologie à 3 plateaux matelassées avec épaulières et porte jambes	01	
Escabeau à 2 ou 3 marches	02	
Tabouret à vis à hauteur variable	03	
Armoire vitrée	01	
Guéridon roulant	01	
Négatoscope 2 plages	01	
Basculé pèse bébé	01	
Scialytique	01	
Sceau à pansement à pédale	01	
Toise bébé	01	
Stéthoscope médical	01	
Stéthoscope obstétrical	01	
Tensiomètre adulte	01	
Tensiomètre enfant	01	
Tensiomètre bébé	01	
Mètre ruban	01	
Marteau à réflexe	01	
Thermomètre	02	
Otoscopes à piles	01	
Pelvimètre de collyre	01	
Compas d'épaisseur de pli cutané	02	
Microscope binoculaire	02	
Miroir laryngé	01	
Stylet porte coton droit	02	
Stylet porte coton courbe	02	
Verre à pied gradué	05	
Abaisse langue métallique coudée	10	
Lampe à alcool	10	
Pince à servir (peau de 25 cm)	20	
Tambour 320x200 mm contenant :	01	
Spéculum vaginal P.M	01	
Spéculum vaginal M.M	02	
Spéculum vaginal G.M		
Pince peau 25 cm		
Tambour 200x200 mm pour gants	01	
Tambour 200x200 mm pour compresses	01	
Tambour 200x200 mm pour doigtiers	02	
Tambour 200x200 mm pour coton	01	
Boite métallique 250x160x60 pour accouchement contenant :	01	
pince COCHER 16 cm	01	
ciseaux droits mousse 16 cm	01	
ligature pour cordon		
Support en bois pour sécher les lames		
Support porte tube à essai	01	
Pince en bois pour tube à essai	04	
Plateaux à servir 30x40 cm	04	
Plateaux à servir 24x18 cm	04	
Haricots	02	
Capsules	01	
Boites métalliques 250x160x60 contenant des aiguilles de KUSS (3 PM 3 GM)	02	
Brosses chirurgicales pour ongles	06	
Flacons pissettes plastiques	03	
<b><u>MATERIEL POUR POSE DE STERILET :</u></b>	03	
Boite métallique 400x160x60 contenant chacune :		
Pince de POZZI	03	
Pince de MUZEUX	03	
Hystéromètre	03	
Pince de pean 25 cm	03	
Ciseaux courbes mousses 25 cm	01	
Bocal pour trempage DIU	01	
Bocal pour trempage serseurs	01	
<b><u>MATERIEL POUR INJECTION (VACCINATIONS) :</u></b>	05	
Boite métalliques 250x160x60 contenant :	20	
Seringues à B C G (insuline)	03	
Aiguilles I D		
Boite métalliques 250x160x60 contenant chacune :	04	
Seringues à 2 cc	20	
Aiguilles S/C	01	
Boite métalliques 250x160x60 contenant :	03	
Seringues à 5 cc	02	
Seringues à 10 cc	10	
Aiguilles IM	10	
Aiguilles IV		
<b><u>MATERIEL CONSOMABLE :</u></b>	100	
Lames	100	
Lamelles	20	
Tubes à essai	50	



Ecouvillons sur tubes stériles	50	
Gants	100	
Doigtiers 2 doigts	01	
Boîtes abaisses langues	01	
Sonde urétrales (jeu)		
Nécessaires pour analyses extemporanées (sanguines)		
<u>MATERIEL POUR TRANSPORT DES VACCINS</u>	01	
Glacière avec ice-box	01	
<u>MATERIEL D'EDUCATION SANITAIRE</u>	01	
Flanolographe	01	
Projecteur	01	
Ecran pour projection	01	
Tableau noir	01	
Modèle de bassin anatomique féminin P/format	20	
Tableaux divers	20	
Feuilles de papier à dessins blanc (ordinaire et épais)	12	
Feuilles de papier à décalquer	04	
Feuilles de papier à emerie	04	
Flanelle de couleurs diverses	01	
Flanelle blanche pour flanolographe	01	
Boite de crayons feutres de couleurs différentes	12	
Peinture à l'eau	02	
Pinceaux (épais et fins)	02	
Normographe grand format avec plumes ovales et ponçoises	06	
Encre de chine	02	
Portes plumes avec plumes	06	
Boite de crayons de couleurs	01	
Crayon noir	01	
Grande règle à dessins gradués	02	
Compas	02	
Gommes	03	
Flacon de colle	04	
Cartons à dessins	02	
Boite de punaises	04	
Rames de papier carton	02	
Rames de papier ordinaires de couleurs différentes	01	
Paires de ciseaux ordinaires		
<u>MATERIEL DE DEMONSTRATION DIETETIQUES :</u>		
Jeu de casseroles		
Objet de vaisselles (référence O.M.S)		

#### **EQUIPEMENT TYPE D'UNE MATERNITE DANS UNE POLYCLINIQUE**

<b>DESIGNATION DES ARTICLES</b>	<b>QUANTITES</b>	<b>OBS</b>
<u>MOBILIER :</u>		
Bureau	01	
Chaises	04	
Armoires vestiaires	03	
Porte manteau	02	
Armoires métalliques fermant à clef	02	
Classeurs cases coulissantes	02	
Nécessaires pour chauffage	01	
Téléphone	01	
Réfrigérateur	01	
Réchaud à gaz 2 feux	01	
<u>MATERIEL MEDICAL POUR LE BLOC D'ACCOUCHEMENT ET D'EXAMEN</u>		
Table d'examen gynécologique, à 3 plateaux matelassés avec épaulière, porte jambe, appui bras Escabeaux à 2 à 3 marches	02	
Tabourets à vis hauteur variable	02	
Armoire vitrée	02	
Guéridon roulant	01	
Négatoscope 2 pages	02	
Basculé adulte	02	
Basculé bébé	01	
Scialytique	01	
Sceau à pansement à pédale	01	
Toise adulte	01	
Toise bébé	01	
Stéthoscope médical	01	
Thermomètre adulte	01	
Stéthoscope obstétrical	01	
Mètre ruban	01	
Thermomètre	02	
Pélvimètre de collyre	04	
Brosses chirurgicales pour ongles	01	
Laryngé type nouveau né	04	
Table de réanimation nouveau-né (oxygène aspiration, réchauffement, type TRMMR)	01	
Aspirateur mobile	01	
Stérilisateur (poupinel)	01	
Boite métallique 250x160x60 pour accouchement contenant chacune :	01	

pince cocher 16 cm		
ciseaux droits mousse 16 cm		
ligature pour coton	05	
Boite métallique 250x160x60 pour réparation des épisiotomies et déchirures	02	
Pince à disséquer à griffes 16 cm	01	
Pince à disséquer sans griffes 16 cm	01	
Ciseaux droits mous 16 cm		
Pince pean 16 cm	03	
Pince Porte aiguille 25 cm	01	
Pince de museux 25 cm	01	
Pince à champs 16 cm	01	
Boite métallique 250x160x60 complémentaire	01	
Manche porte lame de bistouri	01	
Ecarteur de faraboeuf	02	
Pince hémostatique droite 16 cm	04	
Pince hémostatique courbe 16 cm	01	
Tambour 220x400 mm contenant :	02	
Valves vaginales P.M, Valves vaginales M.M, Valves vaginales C.M	01	
Tambour 200x200 mm pour gants	01	
Tambour 200X200 mm pour doigtiers	02	
Tambour 200x200 mm pour compresses	02	
Tambour 200x200 mm pour coton	02	
Tambour pour sonde vésicale	02	
Plateaux à servir métalliques 30X40 cm	02	
Plateaux à servir métalliques 24X18 cm	02	
Haricots	02	
Capsules	01	
Flacons pissettes plastiques	01	
	05	
	05	

#### MATERIEL POUR LA SALLE D'HOSPITALISATION

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
Bassins de lits	03	
Potences	03	
Couveuses avec obus d'oxygène	01	
Obus d'oxygène avec masque	01	

#### EQUIPEMENT TYPE D'UNE SALLE DE RADIOLOGIE

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITE	OBS
Table de radiologie standard avec accessoires scopie – graphie 500 M.A	01	
Cadre porte films à pinces 18 x 24	10	
Cadre porte films à pinces 13 x 18	10	
Cadre porte films à pinces 36 x 43	10	
Cadre porte films à pinces 35 x 35	06	
Cadre porte films à pinces 30 x 40	06	
Cadre porte films à pinces 24 x 30	10	
Cassettes porte films avec écran renforceur 36x43	06	
Cassettes porte films avec écran renforceur 35x35	08	
Cassettes porte films avec écran renforceur 24x30	10	
Cassettes porte films avec écran renforceur 18x24	10	
Cassettes porte films avec écran renforceur 13x18	06	
Cuves de 20 litres avec couvercle emboîtant	02	
Cuves de 10 litres avec couvercle emboîtant	10	
Chauffe bain électrique	02	
Cisaille coupe films 36 x 43	02	
Coupes coins type hôpital	02	
Gants anti X	02	
Grille de LYSHOM 24 x 30	02	
Grille de LYSHOM 30 x 40	02	
Lanterne de WRATTON murale	02	
Marqueur de film modèle 57	02	
Tablier anti X plombé	02	
Tube laveur	02	
Thermomètre flotteur	02	
Jeu de colis radiologiques	02	
Lunettes anti X avec verre rouge d'adaptation	02	

Lunettes d'adaptation	02	
Support de cadre porte films	02	
Minuterie réveil 30 mm	02	
Plafonnier duplex à vapeur de sodium	02	
Sècheuse électrique pour 60 films	01	
Porte cassette murale	02	
Négatoscope à 2 plages	02	
Poire pour vessie de compression	04	
Vessie de compression 150 ml	01	
Vessie de compression 120 ml	01	
Vessie de compression 100 ml	01	
Vessie de compression 80 ml	01	
Cueillettes de palpation	02	
Ventilateur pour chambre noire	01	

#### EQUIPEMENT DIVERS POUR UNE POLYCLINIQUE

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
Chariot pour transport de malade couché	01	
Brancards	02	
Ambulance	01	
Véhicule de liaison	01	
Electro-cardio-gramme	01	
1 Echographe par secteur sanitaire		

#### EQUIPEMENTS TYPE D'UN LABORATOIRE DE BIOCHIMIE

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
Balance monoplateau	01	
Microscope binoculaire	01	
Centrifugeuse pour microtests 1,5 mm	03	
Spectrophotomètre de paillasse	01	
Bain marie de sérologie	01	
Etuve	01	
Poupinel	01	
Micro centrifugeuse pour micro hématocrite	01	
Centrifugeuse de table type 200 JOUAN avec accessoires pour microtube de 1 ,5 ml	01	
Centrifugeuse type BR (JOUAN) avec adaptateur pour tube à hémolyse de 6 ml et tubes de 15 ml	01	
Balance de Roverbal (portée Max 3 kg)	01	
Bain marie 37° (pour hématose transparent)	01	
Agitateur électrique (type Kline)	01	
Rhésuscope équipé d'une plaque d'opoline	01	
Photomètre à flamme	01	
Compteur manuel pour équilibre leucocytaire	01	
Armoire	02	
Bureau	02	
Chaises	01	
Tabouret de manipulation	03	
Réfrigérateur	04	
Minuterie	01	
Chariot	01	
Grand plateau	01	
Haricots	04	
Armoire vitrée	04	
Poubelle avec couvercle	01	
Porte manteau	01	
Fichier	01	
Tambour compresse	01	

## EQUIPEMENTS TYPE D'UN LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE

DESIGNATION DES ARTICLES			QUANTITES	OBS
Centrifugeuse de paillasse			01	
Etuve bactériologique			01	
Poupinel			01	
Microscope			02	
Bec Bunsen			04	
Bain marie 37°			01	
Agitateur électrique			01	
Minuterie			01	
Armoire			04	
Bureau			02	
Chaise			01	
Tabouret			02	
Vestiaire			05	
Chauffage			03	
Paillasse Standard amovible			01	
Réfrigérateur			01	
Chariot			01	
Grand plateau			01	
Haricots			03	
Poubelle avec couvercle			01	
Porte manteau			01	
Armoire vitrée			01	
Fichier			01	

**CIRCULAIRE N° 42 – SM -644 –DAMF-88-DU 30 MARS 1988**

**DESTINATAIRES**

Messieurs les Walis  
(Divisions de la santé et de la population) < Pour contrôle de l'exécution  
Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires  
Messieurs les Directeurs des Secteurs Pour exécution  
Sanitaires et des Etablissements  
Hospitaliers Spécialisés

**O B J E T : A/S de la gestion du parc – automobile**

Il m'a été donné de constater que l'utilisation des véhicules administratifs se fait en dépit de la réglementation en vigueur et que les instructions données à ce sujet ne sont pas toujours suivies d'effet.

Le recensement général du parc – automobile des établissements

(Centre Hospitalo-universitaires, Secteurs Sanitaires et Etablissements Hospitaliers Spécialisés) et les visites effectuées dans certaines formations sanitaires révèlent une gestion inefficace, qui se traduit par un nombre impressionnant de véhicules immobilisés et – ou en instance de réforme

L'Etat actuel du parc se résume comme suit :

1253 véhicules (soit 33 % du nombre total) sont en état de marche mais nécessitent des révisions complètes, suite à l'utilisation intensive qui en est faite et au défaut d'entretien permanent,

710 véhicules (soit 19 % du nombre total) sont immobilisés et nécessitent une rénovation complète,

1773 véhicules (soit 47 % du nombre total) sont instance de réforme, vu leur ancienneté et les dommages subis (véhicules usagés et – ou accidentés).

Par ailleurs il a été constaté que les véhicules sont :

Utilisés à des fins inappropriées (exemple : transport de marchandises dans une ambulance),

Confiés souvent à des personnes n'ayant pas la qualité de chauffeur,

Ou encore mis à la disposition personnelle de certains responsables, et – ou utilisés à toute heure et même les jours fériés à des fins personnelles.

Compte tenu de l'importance que revêt une saine gestion du parc – automobile et de la nécessité de rompre définitivement avec ces pratiques nuisibles qui portent atteinte au bon fonctionnement de nos structures, je demande à tous les responsables de veiller personnellement à l'application stricte des instructions suivantes :

**1 °) Rénovation des véhicules immobilisés**

Dès réception de la présente note, les Directeurs Généraux et Directeurs responsables des structures sanitaires devront prendre les mesures nécessaires pour faire procéder à la rénovation d'urgence des véhicules immobilisés et qui peuvent l'être encore en prélevant, si besoin est, des pièces détachées sur les véhicules proposés à la réforme .Le complément nécessaire en pièces détachées sera commandé en urgence à l'entreprise D . V . P. qui est saisie, par courrier de ce jour, pour vous faciliter cet approvisionnement.

**2°) Réforme des véhicules endommagés et – ou usagés**

Les véhicules reconnus inutilisables devront être proposés à la réforme, dans le respect de la réglementation en vigueur, notamment par la consultation de la commission de réforme qui doit comprendre, obligatoirement, le comptable et le responsable locale de l'administration des domaines.

Les pièces et organes prélevés sur les véhicules réformés pour servir à la réparation des véhicules cités au point 1 ci –dessus doivent être récapitulés sur une liste qui sera signée conjointement par le Directeur Général ou le Directeur – Adjoint chargé des équipements et le responsable de l'atelier de maintenance.

**3° ) Organisation des ateliers de maintenance**

Le Directeur Général ou le Directeur veillera à ce que l'atelier de maintenance dispose d'un minimum de moyens humains et matériels en rapport avec l'importance du parc-Automobile géré :

Ouvriers Professionnels en nombre suffisant (mécaniciens – tôliers – agents chargés de l'entretien du véhicule, etc)

Matériel et outillage en quantité suffisante.

Quand tous les moyens nécessaires ne sont pas réunis pour organiser d'une manière autonome un atelier de maintenance, il sera fait appel à la solidarité inter –établissements pour l'organisation d'un atelier commun de maintenance

**4°) Entretien des véhicules**

Tous les véhicules doivent être d'un carnet de bord sur lequel seront consignés :

L'itinéraire à effectuer,

L'objet de la mission,

La date et l'heure de départ et de fin de mission.

Ces carnets de bord doivent être vérifiés par le Directeur ou le Directeur Adjoint chargé des équipements, à la fin de chaque semaine.

Le responsable consignera ses observations et ses directives particulières à chaque conducteur.

Il contrôlera, notamment, si les vidanges, graissage et nettoyage des véhicules sont faits régulièrement.

#### **5°) CONDUITE DES VEHICULES**

Les véhicules doivent être confiés obligatoirement à des conducteurs recrutés à cet effet, l'exclusion de toute autre personne.

A la fin de la journée, tous les véhicules (exception faite des véhicules utilisés pour des missions dûment autorisées) doivent réintégrer le garage de l'établissement, quelle que soit l'heure de la fin de mission et – ou d'utilisation à des fins de service.

#### **6°) UTILISATION DES VEHICULES**

Un véhicule public est un outil de travail et non un moyen au service de l'intérêt personnel.

Son utilisation appropriée doit obéir à des règles précises.

Tout véhicule doit être obligatoirement muni d'un justificatif de déplacement (billet de sortie quand l'utilisation est limitée à la circonscription urbaine, ordre de mission quand l'utilisation se fait en dehors de cette circonscription)

Conformément aux dispositions de la circulaire n° 607 – DBC- 01 du 11 Juillet 1985 du secrétariat Général de la présidence de la République, les conducteurs d'ambulances ne sont pas tenus d'être en possession d'un justificatif de déplacement, en cas d'urgence .

Ils peuvent, néanmoins, faire l'objet de contrôle par les services de sécurité, pour s'assurer de la régularité de l'utilisation de ces véhicules.

Toutes ces assurances, de nature à améliorer considérablement la gestion du parc-automobile ne sauraient suffire à elles seules, pour remédier à cette situation.

C'est pourquoi, il est envisagé de recourir à l'achat de véhicules neufs

A cet effet, un programme pluri-annuel a été arrêté, en fonction des priorités recensées.

Dans ce cadre, je vous autorise à acquérir auprès de la S.N.V.I. les camions et les microbus nécessaires au bon fonctionnement de vos structures moyennant visa préalable de mes services selon la fiche jointe à la présente circulaire.

L'imputation de cette dépense se fera sur le budget de votre établissement au titre VIII, chapitre IV article.

En cas de nécessité, des virements de crédits à l'intérieur du titre et – ou à partir d'autres titres de votre budget seront effectués.

En attendant la réalisation de la 1<sup>ère</sup> tranche du programme de renouvellement je fais appel à votre sens de responsabilité, pour mettre fin à ces pratiques qui portent atteinte à la crédibilité et au bon fonctionnement de nos structures et vous demande de veiller, personnellement au suivi des mesures préconisées.

Le Ministre de la Santé Publique  
**Kasdi MERBAH**

DIRECTION DE L'INFRASTRUCTURE  
ET DE L'EQUIPEMENT  
N° 002 /MSP/DIE

ALGER LE 10 MARS 1990

C I R C U L A I R E

MESSIEURS LES DIVISIONNAIRES DE LA SANTE ET DE LA POPULATION  
MESSIEURS LES DIRECTEURS GENERAUX DES C. H. U  
MESSIEURS LES DIRECTEURS DES ETABLISSEMENTS SPECIALISES  
MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES.

J'ai l'honneur de vous rappeler les instructions contenues dans la circulaire n° 01 MSP/SG du 20 janvier 1998 portant sur l'utilisation des ambulances en précisant une fois de plus le strict respect des recommandations ci- après :

Le port de la blouse par le conducteur

La tenue quotidienne et la mise à jour régulière du carnet de bord de véhicule.

L'utilisation du véhicule à des fins tout a fait médicales (évacuation de malades)

L'entretien permanent du véhicule (lavage, graissage, vidange etc.....).

Ces mesures exhaustives édictées dans un souci de préservation du patrimoine, constituent une règle de gestion à mettre en place, en priorité dans votre organisation et à contrôler périodiquement.

J'attache une attention particulière, et je vous demande d'y veiller personnellement.

Je vous signale par ailleurs que les services de gendarmerie nationale et de la sûreté nationale ont été destinataire de la circulaire citée plus haut et saisis sur les sanctions à retenir sur les contrevenants à ces dispositions.

LE DIRECTEUR DE L'INFRASTRUCTURE  
ET DE L'EQUIPEMENT

**BOUCHAMA M.**



**Décret exécutif n°10-115 du 3 Joumada El Oula 1431 correspondant au 18 avril 2010 relatif aux parcs des véhicules administratifs affectés aux services de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics à caractère administratif et aux institutions et organismes publics financés totalement sur le budget de l'Etat.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des finances ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3<sup>o</sup> et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n°84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n°90-21 du 15 août 1990, modifiée et complétée, relative à la comptabilité publique ;

Vu la loi n°90-30 du 1<sup>er</sup> décembre 1990, modifiée et complétée, portant loi domaniale ;

Vu la loi n°01-14 du 29 Joumada El Oula 1422 correspondant au 19 août 2001, modifiée et complétée, relative à l'organisation, la sécurité et la police de la circulation routière ;

Vu le décret n°68-29 du 1<sup>er</sup> février 1968 relatif aux compétences en matière de responsabilité civile de l'Etat ;

Vu le décret présidentiel n°90-225 du 25 juillet 1990, modifié, fixant la liste des fonctions supérieures de l'Etat au titre de la Présidence de la République ;

Vu le décret présidentiel n°02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, modifié et complété, portant réglementation des marchés publics ;

Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret présidentiel n°09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°90-226 du 25 juillet 1990, modifié, fixant les droits et obligations des travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat ;

Vu le décret exécutif n°90-227 du 25 juillet 1990, modifié, fixant la liste des fonctions supérieures de l'Etat au titre de l'administration, des institutions et organismes publics ;

Vu le décret exécutif n°91-454 du 23 novembre 1991, modifié et complété, fixant les conditions et modalités d'administration et de gestion des biens du domaine privé et public de l'Etat ;

Vu le décret exécutif n°91-455 du 23 novembre 1991 relatif à l'inventaire des biens du domaine national ;

Vu le décret exécutif n°03-178 du 13 Safar 1424 correspondant au 15 avril 2003 fixant les conditions d'acquisition et d'utilisation de véhicule personnel pour les besoins de service ;

Vu le décret exécutif n°03-223 du 9 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 10 juin 2003 relatif à l'organisation du contrôle technique des véhicules automobiles et les modalités de son exercice ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de définir les parcs des véhicules administratifs et de fixer les règles de leur constitution ainsi que les conditions d'acquisition, d'affectation, de gestion, d'utilisation, d'entretien et de réforme des véhicules administratifs relevant des services de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics à caractère administratif et des institutions et organismes publics financés totalement sur le budget de l'Etat.

#### **DE LA DEFINITION DES PARCS DES VEHICULES ADMINISTRATIFS**

**Article 2 :** Les parcs des véhicules administratifs sont constitués de véhicules officiels, de véhicules de servitude qui leur sont rattachés, de véhicules de fonction et de véhicules de service.

**Article 3 :** Au sens du présent décret, il est entendu par :

- **véhicule officiel :** tout véhicule mis à la disposition exclusive d'un membre du Gouvernement ou d'un titulaire d'un emploi civil assimilé, dans le cadre de l'exercice de ses fonctions ;
- **véhicule de fonction de catégorie 1 :** tout véhicule mis à la disposition exclusive d'un secrétaire général de ministère ou d'un titulaire d'un emploi civil assimilé, dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, et des magistrats exerçant les fonctions judiciaires classées au 1<sup>er</sup> groupe du grade hors hiérarchie ;
- **véhicule de fonction de catégorie 2 :** tout véhicule mis à la disposition exclusive d'un wali dans le cadre de l'exercice de ses fonctions ;
- **véhicule de fonction de catégorie 3 :** tout véhicule mis à la disposition exclusive d'un titulaire d'une fonction supérieure de l'Etat classée dans les catégories de E1 à G, ou titulaire d'un emploi civil assimilé dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, et des magistrats exerçant les fonctions de président de chambre à la Cour suprême et au Conseil d'Etat, de président de Cour et de procureur général près la Cour, de président de tribunal administratif et de commissaire d'Etat près le tribunal administratif ;
- **véhicule de fonction de catégorie 4 :** tout véhicule affecté à une collectivité locale et mis à la disposition exclusive d'un président d'assemblée populaire de wilaya ou de commune, dans le cadre de l'exercice de ses fonctions électives ;
- **véhicule de service :** tout véhicule affecté aux services de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics à caractère administratif, des institutions et aux organismes publics financés totalement sur le budget de l'Etat, soit pour effectuer des missions d'administration générale et/ou pour accomplir des missions de service public dévolues, en vertu de la législation et de la réglementation en vigueur, à l'administration ou à l'organisme affectataire ;
- **véhicule de servitude :** tout véhicule servant à l'escorte d'un véhicule officiel.

#### **DE LA CONSISTANCE DES PARCS DES VEHICULES ADMINISTRATIFS**

**Article 4 :** Le parc des véhicules administratifs des services du Premier ministre est constitué :

- des véhicules officiels et des véhicules de servitude qui leur sont rattachés ;
- des véhicules de fonction de la catégorie 1 ;
- des véhicules de fonction de la catégorie 3 ;
- des véhicules de service relevant des structures centrales du Premier ministre.

**Article 5 :** Le parc des véhicules administratifs de chaque ministère est constitué des véhicules de service.

**Article 6 :** Les véhicules de fonction de la catégorie 2 relèvent du parc du ministère de l'intérieur et des collectivités locales.

**Article 7 :** Le parc des véhicules administratifs de l'assemblée populaire de wilaya et de commune est constitué d'un véhicule de fonction de la catégorie 4 et de véhicules de service.

**Article 8 :** Le parc des véhicules administratifs des établissements publics à caractère administratif et des institutions et organismes publics financés totalement sur le budget de l'Etat est constitué de véhicules de service.

**Article 9 :** La consistance de la dotation théorique des parcs des véhicules administratifs visés aux articles 4 à 8 est fixée, à la demande de l'administration affectataire, par décision du ministre chargé du budget.

Toutefois, le nombre de véhicules officiels, de véhicules de servitude qui leur sont rattachés et de véhicules de fonction des catégories 1 et 3 est fixé au préalable par le Premier ministre.

**Article 10 :** Outre le véhicule de fonction de la catégorie 4 qui lui est affecté, la dotation théorique des véhicules de service de chaque assemblée populaire de wilaya ou de commune est fixée par délibération de la collectivité locale concernée, dûment approuvée par l'autorité de tutelle.

## DES CONDITIONS D'ACQUISITION DES VEHICULES ADMINISTRATIFS

**Article 11 :** Les opérations d'acquisition des véhicules administratifs sont réalisées conformément aux dispositions réglementaires relatives aux marchés publics, d'une manière centralisée :

- par les services du Premier ministre, pour les véhicules officiels, les véhicules de servitude qui leur sont rattachés, les véhicules de fonction des catégories 1 et 3 ainsi que les véhicules de service relevant des structures centrales du Premier ministre ;
- par l'administration centrale de chaque ministère, pour les véhicules de service nécessaires au fonctionnement des structures centrales et déconcentrées de l'Etat.

Les opérations d'acquisition des véhicules de fonction de la catégorie 2 sont réalisées, conformément aux dispositions réglementaires relatives aux marchés publics, par les services centraux du ministère de l'intérieur et des collectivités locales.

Les assemblées populaires de wilayas et de communes réalisent, conformément aux dispositions réglementaires relatives aux marchés publics, les opérations d'acquisition des véhicules de fonction de la catégorie 4 et des véhicules de service nécessaires à leur fonctionnement.

Les établissements publics à caractère administratif ainsi que les institutions et organismes publics financés totalement sur le budget de l'Etat réalisent, conformément aux dispositions réglementaires relatives aux marchés publics, les opérations d'acquisition des véhicules de service nécessaires à leur fonctionnement.

**Article 12 :** Il est créé, auprès des services du Premier ministre, une commission ad hoc chargée d'émettre un avis sur l'opportunité et les besoins en matière d'acquisition des véhicules de fonction de la catégorie 3.

Présidée par les services du Premier ministre, cette commission est composée des représentants du ministère des finances et des ministères auxquels sont rattachés les titulaires de fonctions supérieures de l'Etat ou d'emplois civils assimilés et les magistrats concernés, au profit desquels l'acquisition d'un véhicule de fonction de la catégorie 3 est envisagée.

**Article 13 :** Les opérations d'acquisition visées à l'article 11 ci-dessus sont réalisées dans les limites des dotations théoriques et budgétaires ainsi que des normes et spécifications arrêtées pour chaque catégorie de véhicules administratifs, en matière :

- de puissance fiscale et administrative minimale et maximale ;
- de type de véhicule ;
- de source et de consommation d'énergie ;
- de sécurité et d'émission en CO<sub>2</sub> ;
- de divers équipements.

Les normes et spécifications des véhicules visés ci-dessus sont fixées par arrêté conjoint pris par les ministères chargés du budget, des transports, de l'industrie et de l'environnement.

## DES CONDITIONS D'AFFECTATION, DE GESTION, D'UTILISATION, D'ENTRETIEN ET DE REFORME DES VEHICULES ADMINISTRATIFS

**Article 14 :** Après accomplissement des formalités d'acquisition et d'inventaire des véhicules administratifs prévues par la réglementation en vigueur, l'autorité acquéreuse procède, par décision, à leur affectation au service central ou aux services déconcentrés territorialement compétents ayant la qualité d'ordonnateur chargé de la gestion du parc de rattachement.

**Article 15 :** Avant sa mise en circulation, tout véhicule administratif doit faire l'objet d'une immatriculation domaniale et, le cas échéant, d'une immatriculation civile, effectuées, selon le cas, par l'administration centrale des domaines ou ses services déconcentrés, à la demande du service affectataire.

**Article 16 :** Les ordonnateurs sont tenus, dans le cadre de l'exécution des dépenses d'entretien et de réparation de leurs parcs automobiles, de présenter une situation des véhicules administratifs qui leur sont affectés, arrêtée au 31 décembre de l'année précédente dûment visée par leur autorité de tutelle et, selon le cas, par l'administration centrale des domaines ou ses services déconcentrés.

**Article 17 :** Les crédits de fonctionnement nécessaires à la prise en charge des dépenses relatives à la mise en exploitation et à l'entretien des véhicules administratifs sont alloués, annuellement, à l'administration affectataire chargée du parc des véhicules administratifs concernés.

Toutefois, la gestion des véhicules officiels mis à la disposition du titulaire d'un emploi civil assimilé, des véhicules de servitude qui leur sont rattachés ainsi que des véhicules de fonction des catégories 1 et 3, est assurée par l'autorité de tutelle dont dépend le bénéficiaire du véhicule administratif.

**Article 18 :** L'ordonnateur est responsable de la gestion du parc des véhicules administratifs qui lui sont affectés.

Il est chargé de :

- veiller à l'utilisation conforme des véhicules administratifs du parc dont il assure la charge ;
- rationaliser la consommation des carburants, des lubrifiants et des pneumatiques et d'optimiser le recours aux pièces de rechange et accessoires ;
- faire respecter l'obligation de soumettre périodiquement tous les véhicules administratifs qui lui sont affectés au contrôle technique conformément à la législation et à la réglementation en vigueur ;
- contrôler la tenue des carnets de bord.

**Article 19 :** La garde, l'entretien des véhicules administratifs en stationnement dans leurs lieux de parcage et la tenue de leurs carnets de bord, relèvent des missions du chef de parc.

**Article 20 :** La conduite et la garde des véhicules administratifs sont assurées, lors des déplacements, par des agents publics occupant des postes de conducteurs d'automobiles attitrés.

Toutefois, lorsque les impératifs de service l'exigent, l'ordonnateur peut habiliter un autre fonctionnaire remplissant les conditions légales pour conduire un véhicule administratif durant la période correspondante à la durée de déroulement de la mission commandée pour laquelle il a été désigné.

La responsabilité personnelle du conducteur est engagée en cas de non-respect des règles du code de la route.

**Article 21 :** Le conducteur d'un véhicule administratif doit être muni, au moment de son déplacement, d'un ordre de mission dûment établi par le responsable chargé de l'administration générale dont il dépend.

Le périmètre de circulation attribué à chaque véhicule administratif est déterminé sur l'ordre de mission.

**Article 22 :** L'utilisation d'un véhicule personnel pour les besoins de service par les fonctionnaires visés aux articles 2 et 3 du décret exécutif n°03-178 du 15 avril 2003 susvisé, exclut l'usage, à titre permanent, d'un véhicule de service.

**Article 23 :** Les véhicules administratifs ne doivent pas faire l'objet de prêt ou de mise à disposition même pour une autre administration ou service public sauf dans les cas des réquisitions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 24 :** Toute réforme d'un véhicule administratif prononcée dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur est assujettie à un avis technique conforme dûment émis par l'établissement public de contrôle technique de véhicules.

**Article 25 :** le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 3 Joumada El Oula 1431 correspondant au 18 avril 2010.

**Ahmed OUYAHIA.**

**Circulaire n° 002/MSPRH/DSS du 06 OCT 2010 relative à l'utilisation, l'identification et à l'acquisition des véhicules de transport sanitaire des établissements publics de santé**

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population (Tous);
- Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires (Tous)
- Le Directeur de l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran;
- Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers (Tous).

P/exécution ».

- Monsieur le Ministre de l'Intérieur et des collectivités Locales;
- Madame et Messieurs les Walis.

P/exécution ».

Mon attention ne cesse d'être attirée sur l'état de désorganisation, voire d'anarchie qui caractérise le parc roulant des établissements publics de santé en général et du transport sanitaire, en particulier. Aussi, il m'a paru nécessaire de rappeler quelques dispositions réglementaires à l'effet de permettre au parc roulant du secteur de la santé, de répondre certainement et convenablement à sa mission socio-médicale en plaçant, le malade au centre de nos préoccupations.

**1 – De ce qui est de l'utilisation des ambulances :** Elle est d'une importance capitale pour notre secteur. Le plus souvent, les ambulances véhicules destinés au transport des malades, sont utilisées à des fins administratives ou à des usages personnels.

Ces comportements sont inadmissibles et une exemplarité sans faille doit être donnée par les premiers responsables des établissements de la santé.

Ainsi, je vous demande de veiller personnellement à l'utilisation exclusive de ces véhicules au transport **de malades, blessés, femmes en couches, nouveaux nés et prématurés**. Aucune exception ne sera tolérée.

La présence d'un personnel médical et/ou paramédical accompagnateur de malade ne peut être justifiée que dans le cadre d'une mission de liaison médicale.

De même, qu'il est interdit formellement aux cadres et/ou agents administratifs de se déplacer au siège du Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, en ambulance. En cas de manquement à cette obligation, le chef de l'établissement s'exposera à de lourdes sanctions administratives.

A ce sujet, je porte à votre connaissance que les autorités de contrôle notamment, les services de la sûreté nationale et de la gendarmerie nationale, seront saisis afin d'immobiliser tout véhicule appartenant au secteur de la santé n'ayant pas respecté ces dispositions.

**2 - Concernant la normalisation et l'identification des véhicules de transport sanitaire :**

Je rappelle à l'ensemble des responsables des établissements de santé la nécessité de veiller à l'identification des véhicules et de s'assurer du respect des installations sonores munies d'un timbre spécial, de ces véhicules ainsi que de leurs installations lumineuses dotées d'un feu rouge spécial agréé.

Pour tous ces véhicules, il est demandé aux gestionnaires de remédier aux situations non-conformes, dans les plus brefs délais, en veillant à ce que toutes les véhicules qui assurent le transport sanitaire soient :

1. Peints en blanc ;
2. Portent une identification sur les côtés latéraux des véhicules et sur une hauteur de 20 cm, le nom, l'adresse et le numéro d'appel de l'établissement, en caractère bleu et portés sur le bas du châssis,
3. Revêtus en avant, d'un croissant bleu et de la mention «AMBULANCE» en arabe et en français, dans le sens inverse de la lecture (Ceci permettra sa lisibilité et sa visibilité à travers les rétroviseurs des véhicules qui précèdent cette ambulance et qui ont l'obligation de céder le passage) \*,
4. Revêtus en arrière, d'un croissant bleu et de la mention « AMBULANCE » en arabe et en français.

**3 – Quant à l'acquisition de nouveaux véhicules de transport sanitaires :**

Je rappelle que le secteur de la santé dispose d'une réglementation des normes pour les véhicules de transport sanitaire, définies par l'arrêté n° 39/MSP/MIN du 15 Septembre 1998. Aussi, toutes les acquisitions nouvelles doivent se conformer obligatoirement, selon le type d'ambulance, à ces normes. Aucune exception ne sera tolérée.

**4 – A propos de tous les autres véhicules de service :** Il vous est également exigé de procéder, dans les plus brefs délais, à l'identification sur les côtés latéraux des véhicules, en précisant le nom, l'adresse et le numéro d'appel de l'établissement sur une hauteur de 10 cm.

J'attache une importance particulière à la stricte application de cette circulaire.

**Le Ministre de la Santé, de la Population  
et de la Réforme Hospitalière**

Docteur Djamel OULD-ABBES

## **REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION DES  
MOYENS MATERIELS ET FINANCIERS

### **CIRCULAIRE N° 1256 MSP / DAMF DU 10. 07. 1988 RELATIVE A L'ALIMENTATION DES MALADES ET DU PERSONNEL**

Les visites et inspections effectuées dans les structures sanitaires ont fait ressortir le peu d'intérêt qu'accordent certains responsables hospitaliers à la nourriture des malades et du personnel.

Si la mission première des structures sanitaires est de soigner la qualité de l'alimentation à servir aux malades et aux personnels doit également constituer une préoccupation majeure.

A cet effet, les gestionnaires doivent rechercher les méthodes permettant la qualité des repas ; ceux-ci devant être équilibrés en calories, préparés dans les meilleures conditions d'hygiène et adaptés autant que faire aux habitudes culinaires des malades.

Certes, les difficultés ne manquent pas et sont de plusieurs ordres :

Difficultés d'approvisionnement et de stockage.

Absence de matériel et d'équipements adéquats

Absence d'un personnel qualifié

Cependant, ces difficultés ne doivent pas justifier les carences actuelles et peuvent être contournées, pour peu les gestionnaires se soucient d'améliorer les points suivants :

#### **I) APPROVISIONNEMENTS**

Il est vrai que beaucoup de difficultés résident au niveau de la disponibilité

de la disponibilité de certains produits, mais un effort doit être fourni pour rechercher les meilleurs produits, au moindre coût.

Pour cela, des consultations fréquentes sont nécessaires, tant au niveau des Entreprises Publiques que des Fournisseurs privés.

Des démarcheurs compétents doivent être affectés à cette fin et une commission de réception des produits alimentaires doit être instituée au niveau de la << dépense >>.

Cette commission présidée par le directeur- Adjoint chargé des affaires Economiques comprend :

Le chef dépensier,

Le (ou les) démarcheur,

Le médecin du service de prévention ou à défaut un médecin désigné par le conseil scientifique ou le conseil médical,

Le chef cuisinier,

Le responsable de la boucherie,

Un technicien Supérieur de la santé,

Un membre de la section Syndicale.

Cette commission sera chargée de :

Contrôler les conditions de transport des denrées alimentaires en particulier les viandes, poissons et laitages,

Vérifier l'état des produits et noter les observations sur un registre spécial à ouvrir à cet effet.

Il convient de préciser que cette commission est souveraine et peut de ce fait refuser toute denrée non conforme au cahier des prescriptions de l'établissement.

#### **II – STOCKAGE**

Dès réception, les denrées doivent être stockées dans des locaux appropriés répondant aux normes suivantes :

Locaux propres, aérés et spécialement aménagés,

Locaux spécialisés par nature de famille de produits (séparer les denrées alimentaires des produits de droguerie, par exemple),

Locaux équipés en armoires, étagères et installation frigorifiques.

Dans un souci de bonne gestion, il est rappelé que le premier produit entré doit être le premier utilisé.

#### **III – PREPARATION DES REPAS ET HYGIENE DES LOCAUX**

Il est impératif de séparer les différentes phases de préparation des repas dans le temps et dans l'espace, c'est-à-dire qu'il faut individualiser les zones de découpe de viande, d'épluchage, de plonge et de cuisson.

Les locaux, les installations, les ustensiles et le matériel de cuisine doivent être rigoureusement propres et ce par l'utilisation impérative d'eau chaude, d'eau de javel et de détergents.

La sciure de bois fréquemment utilisée doit laisser place à un nettoyage fréquent et au port de chaussures anti- dérapantes.

Enfin, l'accès à la cuisine doit être strictement réglementé.

#### **IV – CONTRÔLE DU PERSONNEL DE CUISINE**

Le personnel travaillant à la cuisine doit être soumis à un contrôle médical régulier.

Le médecin peut demander la suspension temporaire ou définitive de tout agent de la cuisine pour raisons médicales.

La tenue vestimentaire qui comprend :

Un costume blanc,

Un tablier blanc,

Un calot blanc,

Une paire de chaussures anti- dérapantes, doit être constamment propre.

L'hygiène corporelle doit être rigoureusement respectée par ce personnel : cheveux courts, ongles coupés, douche avant et après le travail, lavage des mains fréquents ....

En l'absence de personnel compétent, les gestionnaires devront élaborer un véritable plan de recyclage des agents affectés aux cuisines.

Ce recyclage sera organisé avec le concours des écoles hôtelières.

Par ailleurs, ils veilleront à ce qu'un personnel compétent et formé au sein de ces écoles soit recruté dans les meilleurs délais.

## **V – LES MENUS**

Il convient tout d'abord de rappeler que les malades ont droit à trois repas ; Le petit déjeuner, Le déjeuner et le dîner.

Ces trois repas doivent être équilibrés en calories et vitamines et doivent répondre à l'un des régimes suivants :

Régime normal ordinaire,

Régime pour diabétiques,

Régime sans sel,

Régime hépatique ou sans gras,

Régime pour malades opérés,

Régime infantile,

Le petit déjeuner qui doit comporter du café, du lait (servis séparément) , de la confiture et du pain doit être servi chaud régulièrement à l'heure fixée .

Il peut éventuellement comporter des biscottes, des biscuits, du thé et de la tisane

Le déjeuner et le dîner doivent comporter chacun un hors- d'œuvre, une viande, un légume et un dessert.

Ces repas sont préparés en fonction des disponibilités du marché et de la saison et conformément aux demandes des médecins traitants.

## **VI – DISTRIBUTION DES REPAS**

La distribution des repas se fait en 2 étapes :

de la cuisine centrale aux offices des services,

des offices des services aux malades.

De la cuisine centrale aux offices des services (à distinguer des salles de pansement), L'alimentation doit être servie et transportée dans des récipients hermétiques ou des containers spéciaux.

Le véhicule assurant le transport de l'alimentation doit être réservé uniquement à cet effet et tenu, en permanence, parfaitement propre.

Des offices des services aux malades, les repas doivent être servis et distribués par des agents affectés spécialement à cette tâche.

Ces agents appelés officiers (res) doivent veiller à l'entretien des offices et des ustensiles de cuisine.

Ils doivent en outre, communiquer régulièrement au Chef cuisinier et au directeur- Adjoint chargé des affaires économiques les observations des malades et des praticiens relatives à la qualité des repas.

Dans le but de mettre fin au gaspillage, le chef dépensier et le Directeur-Adjoint chargé des affaires économiques doivent veiller à ce que le nombre de rations alimentaires préparées corresponde bien au nombre de malades réellement présents à l'Hôpital et désirant prendre leurs repas à partir de la cuisine de l'établissement (à exclure le nombre de malades dont l'alimentation est assurée volontairement par leurs familles et à la demande expresse de ces dernières)

Il convient également de préciser que la participation des familles à l'alimentation des patients doit être organisée dans le respect des règles d'hygiène (transport et conservation des aliments dans des récipients hermétiques), des prescriptions médicales (repas conformes aux indications du médecin traitant) et des règles de discipline (respect des horaires, notamment).

En fin, les horaires de distribution des repas seront les suivants :

- Petit déjeuner : à 8 Heures
- Déjeuner : à 12 Heures
- Dîner : à 18 Heures 30

## **VII – REPAS SERVIS AU PERSONNEL**

Les personnels de garde et des urgences bénéficient de repas gratuits

Des listes des personnels de garde et des urgences visées par le directeur de l'établissement sont adressées périodiquement par les Chefs de service au Directeur-Adjoint chargé des affaires économiques.

Les autres agents peuvent être autorisés par le Directeur à prendre des repas au sien de l'établissement, quand le fonctionnement des services l'exige et les infrastructures le permettent, moyennant remboursement, aux conditions suivantes :

- Repas du corps Médical (y compris les Résidents) ..... 15 DA Le Repas

Repas du personnel Hospitalier (personnel,

Administratif, Paramédical et de service) ..... 5 DA Le Repas

- Repas des Internes et des Externes .... 3 DA Le repas

Ces prix étant révisables annuellement, il est recommandé aux gestionnaires qui pratiquent des prix supérieurs à ceux fixés par la présente circulaire, de les maintenir à leurs montants actuels.

La moindre défaillance pouvant entraîner des toxi-infections gravissimes. Je ne saurais insister sur les conditions d'hygiène qui seront sous le contrôle personnel des gestionnaires.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Signé : KASDI MERBAH

### DESTINATAIRES:

MM. Les walis (Divisions de la Santé et de la Populaire)

Les directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires

Les directeurs des Secteurs Sanitaires et des Etablissements Hospitaliers Spécialisés

Les directeurs des Etablissements de Formation Paramédicale.



MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION  
LE MINISTRE

13 JUILLET 1994

MM. LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA  
PROTECTION SOCIALE (D.S.P.S.)  
(EN COMMUNICATION à Messieurs les Walis)  
DIRECTEURS GENERAUX DES C.H.U.  
DIRECTEURS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES  
DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES

**CIRCULAIRE N° 02/MSP/CAB/ DU 13 JUILLET 1994 RELATIVE A L'ALIMENTATION DES PERSONNELS DES ETABLISSEMENTS  
PUBLICS DE SANTE**

La circulaire n° 1256/MSP/DAMF du 10 Juillet 1988 a clairement défini les conditions relatives à l'alimentation des malades et du personnel dans les établissements publics de santé.

Les dispositions de cette circulaire qui a abordé dans le détail tous de la question (approvisionnement, stockage, préparation des repas et hygiène des locaux, contrôle du personnel de cuisine, consistance des menus, distribution des repas servis au personnel ...) demeurent entièrement valables et leur application stricte s'avère plus que nécessaire.

Sur le point relatif aux repas servis au personnel, la circulaire n° 1256 a retenu le principe de la gratuité au seul bénéfice des personnels de garde et des urgences dont la liste est arrêtée par les chefs de service.

Pour tous les autres agents, ils étaient autorisés à prendre leurs repas au sein des établissements, moyennant une contribution financière personnelle selon un barème indicatif révisable annuellement.

L'évaluation des conditions générales de fonctionnement de certaines structures sanitaires (C.H.U – E.H.S.) par la cour des comptes et l'inspection générale des finances, a permis de constater un grand nombre d'insuffisances et d'irrégularités dans la gestion courante de ces établissements, notamment que dans bon nombre d'entre eux les repas sont servis gratuitement à tous les personnels.

Sur la base de ce diagnostic, il a été recommandé la nécessaire et impérative mesure de suppression immédiate de la prise en charge de telles dépenses d'alimentation qui grèvent lourdement le budget de fonctionnement des établissements hospitaliers.

Aussi et compte tenu des nombreuses contraintes liées à la politique d'austérité budgétaire préconisée par les pouvoirs publics en raison de la conjoncture générale actuelle, il devient urgent de mettre fin à une telle pratique pour préserver l'équilibre budgétaire précaire qui caractérise actuellement les structures sanitaires.

C'est pourquoi qu'il convient de mettre rapidement en place un nouveau dispositif pour assurer la restauration des personnels qui exclut toute forme de participation sur les budgets de fonctionnement des établissements.

La formule à retenir doit dans tous les cas reposer sur le principe fondamental qui consiste désormais à consacrer les crédits budgétaires ouverts au titre du chapitre «alimentation» aux seuls besoins de malades hospitaliers, exception faite des personnels de garde et des urgences dont la prise en charge sera évidemment maintenue, à la condition d'éviter toute pratique abusive.

L'application de la présente instruction dont les effets contraignants pour les travailleurs de la santé sont perçus à juste, doit être comprise dans l'intérêt et le seul intérêt des malades. En effet, les économies qui seront «recyclées» et serviront en priorité à l'amélioration sensible des conditions de prise en charge et des prestations servies aux malades.

Il s'agit là de l'objectif fondamental recherché par la mesure préconisée et qui doit recueillir l'adhésion de tous.

وزير الصحة و السكان  
السيد يحي قيدوم

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

Le Ministre

MM. LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA  
PROTECTION SOCIALE (D.S.P.S)  
( En communication à Messieurs les Walis )  
DIRECTEURS GENERAUX DES C.H.U.  
DIRECTEURS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES  
DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES.

**Circulaire N° 56/MSP/CAB du 24 DEC 1994 relative a l'alimentation des personnels des établissements publics de santé.**

Le bilan d'exécution de la Circulaire N° 02/MSP/CAB du 13 juillet 1994 relative à l'alimentation des Personnels, a mis en relief un certain nombre de difficultés et disparités quant à son application.

Aussi est-il apparu nécessaire de clarifier et d'uniformiser le mode de contribution aux frais de restauration. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 1995, le règlement des repas servis aux personnels s'effectuera comme suit :

Participation des travailleurs ;

Quinze (15) dinars, payés directement par achat de tickets repas, le produit étant versé périodiquement à la caisse du comptable assignataire

Participation des œuvres sociales ;

Vingt (20) dinars par repas et par agent bénéficiaire.

Cette participation doit faire l'objet d'une évaluation prévisionnelle du nombre de repas à servir en cours d'année au personnel et d'un transfert du crédit correspondant du titre « Œuvres Sociales » au titre « Alimentation » du budget des Etablissements concernés. Toutes dispositions contraires à la présente circulaire sont abrogées.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

**Instruction ministérielle N° 003/MIN/ MSPRH du 26 MARS 2006**

- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas  
pour suivi et communication aux:  
- Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés pour exécution  
- Directeur des Secteurs Sanitaires pour exécution  
- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires: pour exécution.

**OBJET/ Alimentation et hôtellerie des malades hospitalisés au niveau des établissements publics de soins**

Des pratiques condamnables quant à la prise en charge des malades hospitalisés au sein des établissements publics de soins (Centres Hospitalo-universitaires, Établissement Hospitaliers Spécialisés, Secteurs Sanitaires), notamment en matière d'alimentation et d'hôtellerie se sont installées au fil des ans.

A cet égard, je vous rappelle que les pouvoirs publics ne ménagent aucun effort en matière de financement de la santé, dans le but de permettre une prise en charge décente des malades hospitalisés au niveau des structures publiques de santé.

En conséquence, il est inadmissible, voire inconcevable, qu'il soit demandé aux parents des malades de se munir de la literie et de prendre en charge leurs patients sur le plan alimentaire, alors que des dotations budgétaires conséquentes sont allouées annuellement au profit du titre 3 « Alimentation » et du titre 8 « Autres dépenses de fonctionnement ».

Ainsi, tandis que le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière accorde un intérêt particulier à l'opération d'humanisation et à l'amélioration des conditions d'accueil et de séjour du malade d'une part, et que d'autre part, le prix de la journée d'alimentation est passée de 110 DA en 2005 à 150 DA en 2006 ce qui contribue considérablement à une meilleure prise en charge de l'alimentation du patient, les gestionnaires des établissements publics de santé se désengagent de leurs responsabilités envers le malade en la matière.

Ces pratiques aggravent de surcroît les risques d'infections nosocomiales dans les établissements hospitaliers.

A ce titre je vous instruis à :

- 1- Procéder en urgence à un contrôle minutieux au niveau des services d'hospitalisation, afin de déceler les carences et de prendre en charge les besoins en matière de literie ;
- 2- Engager des actions dans le cadre de l'amélioration des prestations relatives à la restauration des malades, afin de satisfaire les besoins qu'exige une alimentation équilibrée.

Cette opération entre dans le cadre des prérogatives des gestionnaires des établissements publics de santé et elle est placée sous leurs responsabilités personnelles.

A compter de la fin du mois de juin 2006, les responsables gestionnaires devront avoir réuni toutes les conditions nécessaires pour la prise en charge de la literie et de l'alimentation des malades.

Vous devrez me rendre compte tous les quinze jours, de la stricte application  
présente instruction.

de la

**Le 26 MARS 2006**

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

عمار تو

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**CIRCULAIRE N° 154 DU 18 OCTOBRE 1989 RELATIVE A LA MISE EN OEUVRE DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET  
REGLEMENTAIRES RELATIVES A LA CONCESSION DE LOGEMENTS.**

MM. Les walis, Cabinet	« pour information »
MM. Les Directeurs Généraux des C.H.U	« pour exécution »
MM. Les Directeurs Généraux des E.H.S.	**
MM. Les Divisionnaires de santé publique	**
MM. Les Directeurs des Secteurs Sanitaires	**
mm. les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés.	

La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions d'application des dispositions du décret n° 89-10 du 7 Février 1989 fixant les modalités d'occupation de logements concédés pour nécessité absolue ou utilité de service et les conditions de cessibilité de ces logements ainsi que de l'arrêté interministériel du 17 Mai 1989 fixant la liste des fonctions et emplois ouvrant droit à la concession de logements.

**1- DISPOSITIONS GENERALES**

Le décret exécutif n° 89-10 du 7 Février 1989 a institué un nouveau régime de concession de logements dans le cadre de la nécessité absolue de service ou d'utilité de service.

**1-1- Classement catégoriel des concessions de logements**

La réglementation en vigueur prévoit deux catégories de concessions de logements :  
Les concessions accordées pour nécessité absolue de service.  
et les concessions accordées par utilité de service.

**1-1-1 Concessions accordées pour nécessité absolue de service**

L'article 12 du décret exécutif n° 89-10 du 7 Février 1989 dispose :

« Lorsque l'agent ne peut accomplir normalement son service sans être logé dans l'immeuble ou il exerce ses fonctions, ou dans un immeuble y rattaché et que sa présence est requise de jour comme de nuit,  
- ou lorsque l'agent occupe un emploi d'autorité, comportent des sujétions particulières et impliquant une disponibilité permanente sans pour autant être logé sur les lieux de son travail ».

La liste des fonctions et emplois ouvrants droits à la concession de logement pour nécessité absolue de service est fixée par arrêté conjoint du ministre des finances, du Ministre chargé de l'habitat et du Ministre de l'intérieur et de l'environnement, après avis des autorités et institutions intéressées.

L'annexe « A » de l'arrêté interministériel du 17 Mai 1989 fixe la liste des emplois et fonctions ouvrant droit à la concession de logements pour nécessité absolue de service.

**Annexe « A »**

Liste des emplois ouvrant droits à la concession de logements pour nécessité absolue de service.

**« Structures de santé »**

Directeur Général de Centre hospitalier universitaire (C.H.U).

Secrétaire Général de centre hospitalier universitaire (C.H.U).

Directeur,

Sous-directeur ou directeur adjoint

Chef de bureau de la garde et des urgences,

Responsable de maternité urbaine ou rurale, polyclinique et centre de santé

Infirmier général ou surveillant médical,

Ingénieur biomédical ou technicien des installations médicales.

Dans ce cadre, tout logement situé dans le ou les bâtiments affectés au fonctionnement de l'établissement ou y attenant ou indivisiblement lié aux immeubles utilisés par celui-ci ne peut, en aucun cas, perdre son caractère de logement concédé pour nécessité absolue de service ni être cédé à son occupant et ce, en application des dispositions du décret exécutif n° 89-10 du 7 Février 1989. Au titre de l'article de l'article 14 de ce décret « les logements concédés pour nécessité absolue de service sont, en vertu de l'article 3 alinéas 3,5 et 11 de la loi n° 81-01 du 7 février 1981 sus visée, incessibles à leurs occupants ».

**1-1-2 Concessions accordées pour utilité de service**

L'article 13 du décret exécutif n°89-10 du 7 février 1989 dispose : « il y a utilité de service lorsque, sans être absolument nécessaire à l'exercice de la fonction, le logement de l'agent est susceptible de permettre une meilleure exécution du service ou d'encourager l'apport de compétence supplémentaire dans des régions déterminées ».

Il convient de préciser que les concessions de cette nature ne sont accordées que dans la limite des disponibilités de l'établissement en logements.

L'annexe « B » de l'arrêté interministériel du 17 Mai 1989 fixe la liste des emplois et fonctions ouvrant droit à la concession de logements pour utilité de service.

**Annexe « B »**

Liste des emplois ouvrant droits à la concession de logements pour utilité de service :

**« Structures de santé »**

Praticiens médicaux chefs de service,

Médecin réanimateur et / ou médecin anesthésiste,

Enseignants et formateurs,

Technicien en radiologie et /ou en anesthésie (dans les structures ou l'effectif est insuffisant pour assurer un tour de garde),

Chef électricien,

Chef plombier,

Chef cuisinier,

Responsable des installations de chauffage,

Responsable des installations de soutien (Ascenseurs, monte malades, climatisation),

Chef de parc automobile.

Il résulte de ce qui précède que l'emploi constitue le critère de base pour la détermination des logements soumis au régime de la concession.

En tout état de cause, les logements faisant l'objet de l'annexe « B » de l'arrêté interministériel du 17 Mai 1989 et situés dans l'enceinte de l'organisme ou indivisiblement liés aux immeubles utilisés par celui-ci sont incessibles à leurs occupants.

Il convient cependant de préciser que ne sont concernés par les mesures sus-évoquées que les logements effectivement mis à la disposition des agents par l'organisme employeur, ce qui exclu les logements pris à bail directement par les intéressés.

## **1- 2 DELIVRANCE DU TITRE D'OCCUPATION**

Les concessions de logements sont accordées en vertu d'un acte conforme aux modèles ci-joints, établi par le service gestionnaire concerné, à savoir :

- le responsable chargé des affaires domaniales et foncières de la wilaya pour les immeubles appartenant ou détenus en jouissance par les services publics de l'état et les organismes publics dotés d'un budget annexé,
- le directeur de l'établissement pour immeubles appartenant ou détenus en jouissance par les établissements publics nationaux,
- le wali ou le président de L' A.P.C., selon le cas pour les immeubles appartenant ou détenus en jouissance par les collectivités locales et les établissements publics à caractère administratif.

A cet égard, il convient de préciser que dans les deux derniers cas, le titre d'occupation doit être soumis au responsable chargé des affaires domaniales et foncières de la wilaya territorialement compétent.

## **1- 3 REGLES APPLICABLES A TOUTES LES CONCESSIONS DE LOGEMENTS**

### **1- 3 - 1 - Nature de concession**

Les concessions de logements constituent des actes administratifs unilatéraux qui ne relèvent pas de la juridiction civile, en ce qui concerne notamment, l'opportunité de leur autorisation ou de leur retrait (cf. article 8 du décret n° 89-10 du 7 février 1989).

Elles sont précaires et révocables à tout moment ; leur durée est strictement limitée à celle pendant laquelle les intéressés occupent effectivement les emplois qui les justifient.

### **1-3-2- Résolution des concessions**

La résolution des concessions de logements pour inexécution des conditions de l'arrêté interministériel du 17 mai 1989 à lieu dans la même forme qui leur octroi.

Elle intervient dans les conditions fixées par les articles 8 et 9 du décret exécutif n° 89-10 du 7 février 1989.

### **1-3-3- Révision des occupations de logements**

Au sens de l'article 9 du décret exécutif n° 89-10 du 7 février 1989, toutes les occupations de logements dans les immeubles soumis au régime des concessions de logements quelle que soit leur ancienneté ou la nature de l'acte qui les a autorisées, feront l'objet d'une révision dans un délai d'un an à partir du 7 février 1989.

Il appartient dès lors, aux services gestionnaires, de procéder à un recensement exhaustif des biens de l'espèce, qu'ils détiennent en toute propriété ou par voie d'affectation, en vue d'une révision de leurs conditions d'occupations qui doit être réalisée avec le concours de l'administration des domaines, pour la fixation des redevances locatives.

Il est rappelé que les occupants ne justifiant pas d'un titre de concession, à l'expiration du délai fixé plus haut, sont passibles d'expulsion et du paiement d'une majoration de 50 à 100% du loyer.

(cf. article 10 du décret n° 89-10).

## **II- DISPOSITIONS FINANCIERES**

### **2- 1 - Loyers à la charge de l'organisme employeur :**

Les concessions de logements accordées pour nécessité absolue de service comportent la gratuité de l'occupation. Cependant, seul le loyer principal est à la charge de l'organisme employeur, les frais relatifs à l'eau, l'électricité, le gaz, les charges locatives, sont à la charge de l'occupant.

### **2- 2 Loyers à la charge de l'occupant :**

Les concessions de logements pour utilité de service sont soumises au paiement d'un loyer calculé conformément à la réglementation en vigueur applicable aux logements du secteur public et recouvré par l'organisme employeur.

### **2- 3 - Absence de compteurs individuels :**

En l'absence de compteurs individuels pour chaque logement, le conseil de direction de l'organisme employeur déterminera le montant des frais, à titre forfaitaire, à la charge de chaque occupant.

### **2- 4 - Recouvrement des redevances locatives :**

L'acte de concession établi par les services gestionnaires doit être notifié, conformément aux règles de comptabilité, au comptable concerné pour valoir le titre de recouvrement.

### **2- 4 - 1 Comptable compétent pour effectuer le recouvrement des redevances :**

Le recouvrement des redevances locatives est assuré, dans les conditions prescrites par les textes applicables à l'établissement, par :

Le comptable de l'établissement public national.

Le receveur des domaines, pour les concessions portant sur les biens appartenant à l'état ou aux organismes dotés d'un budget annexe.

## **III - CONDITIONS DE CESSION DES LOGEMENTS CONCEDES**

### **3- 1 - Logements concédés pour nécessité absolue de service**

Les logements concédés pour nécessité absolue de service sont, en vertu de l'article 3 alinéas 3, 5 et 11 de la loi 81-01 du 7 février 1981, incessibles à leurs occupants.

### **3- 2 - Logements concédés pour utilité de service :**

3- 2 - 1 - les logements concédés pour utilité de service et situés dans l'enceinte de l'organisme ou indivisiblement liés aux immeubles utilisés par celui-ci sont incessibles à leurs occupants en vertu des dispositions de l'article 3 alinéas 3 et 11 de la loi n° 81-01 du 7 février 1981.

3- 2 - 2 - les logements concédés pour utilité de service et situés en dehors de l'enceinte de l'organisme sont cessibles à leurs occupants dans les conditions prévues par les articles 4 et 5 de l'arrêté interministériel du 17 Mai 1989 à savoir :

- remplir les conditions d'acquisition édictées par l'article 5 de la loi 81-01 du 07/12/1981, modifiée et complétée et à l'article 4 du décret 88-71 du 22/03/1988.

- Disposer du titre légal d'occupation délivré par l'autorité habilitée conformément aux articles 3, 4 et 5 du décret 89-10 du 07/02/1989.

- Avoir accompli au sein de l'organisme employeur une période de travail égale à 7 ans.

Toutefois l'administration ou l'organisme auxquels sont rattachés lesdits logements, peut pour des raisons impératives liées au bon fonctionnement des services, s'opposer à la cession de ces logements.

Cette réserve qui doit revêtir un caractère, exceptionnel et recevoir l'approbation préalable de l'autorité ministérielle de tutelle, doit être portée à la connaissance simultanée des occupants et des institutions et des organismes chargés de la cession.

La durée de cette opposition ne saurait excéder 2 années. En cas de besoin elle est renouvelée dans les mêmes formes.

Compte tenu de l'insuffisance des logements d'une part et de la nécessité d'assurer à nos services un fonctionnement régulier d'autre part, il est demandé aux gestionnaires de ne pas procéder à la cession desdits logements quand celle-ci est susceptible d'entraîner un dysfonctionnement de l'établissement.

Il y a lieu pour cela de faire application des dispositions de l'article 4 de l'arrêté interministériel du 17 Mai 1989.

J'attache une grande importance à la stricte application des dispositions de la présente circulaire.

Toute difficulté rencontrée à l'occasion de l'application de la présente circulaire doit être portée à la connaissance du Ministère de la santé - Direction de l'Administration et des Moyens Matériels et Financiers.

Fait à Alger, le 18 octobre 1989

LE MINISTRE DE LA SANTE

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

LE MINISTRE

**INSTRUCTION N 115 MSP/MIN DU 05 DEC 1996**

**DESTINATAIRES :**

Monsieur le Directeur de Cabinet

Monsieur le chef de Cabinet.

Monsieur l'inspecteur Général.

Messieurs les Directeurs Centraux.

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale (pour exécution et Communication aux Etablissements sous tutelle)

Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires.

Messieurs les Directeurs :

de l'institut National de Santé Publique

de l'école Nationale de Santé Publique

de l'Agence Nationale du Sang

du laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques.

**OBJET : A/S Parc Téléphonique du Secteur de la Santé.**

REF : Circulaire n°50 du 7 septembre 1996 de Monsieur le Chef du Gouvernement.

Comme suite aux directives de Monsieur le chef du Gouvernement contenues dans la circulaire citée en référence, j'attire votre attention sur les mesures prises en matière d'austérité budgétaire et de lutte contre tous forme de gaspillage des derniers de l'état, notamment les dépenses se rapportant au moyens de communication par téléphone et par télécopie.

C'est à ce titre et dans le cadre de la rationalisation des dépenses en matière que vous êtes instruits, à l'effet de mettre en œuvre la nouvelle répartition au parc téléphonique du secteur de la santé qui doit impérativement se traduire pour diminution des dépenses y afférentes et ce, conformément à l'annexe présente.

Cette instruction doit être concrétisée avant le 15 Décembre 1996 à la rigueur.

**III -CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

\* 2 lignes directes avec accès au réseau international, par Centre Hospitalo-Universitaire.

\* 1 ligne directe (réseau national) pour le Secrétaire Général.

\* 2 Télécopie dont un avec accès au réseau international par Centre Hospitalo-universitaire

\* 1 ligne directe (réseau national) par chef de Service.

**IV/ SECTEURS SANITAIRE, ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES, ECOLES ET INSTITUTS DE FORMATION PARAMEDICALE.**

\* 1 ligne directe avec télécopie par établissement (accès réseau national).

\* 1 ligne directe avec télécopie pour les établissements Hospitaliers Spécialisées Universitaires (avec accès au réseau international).

\* 1 ligne directe (réseau national) pour les sous-secteurs des Wilayas du (TAMANRASSET ILLIZI, TINDOUF, ADRAR, BECHAR, OUARGLA).

**V / ETABLISSEMENTS NATIONAUX (ENSP-INSP-ANS LNCP)**

\* 2 lignes directes dont une reliée à un télécopie avec accès au réseau international.

**CIRCULAIRE N° 95-08 DU 24 JANVIER 1995 RELATIVE A LA GESTION DES ARCHIVES**

**ADMINISTRATIVES**

**OBJET :** Gestion des Archives Administratives au niveau de chaque institution.

**REFER :** Loi n° 88-09 du 26 Janvier 1988 relative aux Archives Nationales.

J'ai l'honneur de vous rappeler un certain nombre de règles générales qui doivent régir la gestion des archives Administratives au niveau de chaque institution, conformément aux dispositions édictées par la Loi n° 88-09 du 26 Janvier 1988 relative aux Archives Nationales.

**1- LES DIFFERENTES CATEGORIES D'ARCHIVES :**

Les Archives se répartissent en trois catégories distinctes, en fonction de leur âge, c'est à dire la durée de leur existence .

**1)- Les Archives Vivantes ou Archives du Premier Age :**

Sont constituées par les documents de l'année en cours, ou des deux à quatre années précédentes et dont les services peuvent avoir besoin dans le cadre de leurs activités quotidiennes. Elles doivent être conservées dans les locaux mêmes du service qui les a produites.

**2)- Les Archives Intermédiaires ou Archives du Deuxième Age :**

Sont constituées par les documents ayant plus de cinq années d'existence et dont la consultation n'est plus qu'occasionnelle . Elles peuvent être soit conservées dans un local spécialement aménagé, soit versées au Service des Archives de l'institution .

**3)- Les Archives Historique ou Archive du Troisième Age :**

Sont constituées par les documents ayant plus de quinze années d'existence , et qui ne sont ne sont plus nécessaires à la marche des services.

Elles doivent être obligatoirement versées au serice des archives de la wilaya, ou aux archives nationales. Les documents dépourvus de tout intérêt archivistique ne peuvent être détruite que sur autorisation écrite des Archives Nationales.

**II- CONSERVATION DES ARCHIVES**

La conservation des archives du 1<sup>er</sup> âge et le cas échéant du 2<sup>ème</sup> âge s'effectuant dans les locaux mêmes des différents services, il convient de prendre un certain nombre de dispositions :

1)- Prévoir un local adéquat, ni trop humide, ni trop sec, équipé de préférence de rayonnages métalliques et présentant de bonnes conditions de sécurité contre les Incendies, les inondations, les rongeurs, les insectes, ect.....

2)- Désigner un responsable qui sera chargé à plein temps, ou à temps partiel suivant l'importance des archives, pour :

recevoir et classer les documents ;  
les mettre en liasses ;  
numéroter les liasses ;  
préparer un bordereau de versement .

**III- VERSEMENT DES ARCHIVES :**

Le versement au service des archives des documents du 3<sup>ème</sup> âge, et d'une partie des archives du 2ème âge, doit s'effectuer conformément aux modalités suivantes :

**A – La mise en boîtes ou en liasses :**

1)- Après élimination des imprimés vierges et des doubles, classer les documents selon leur nature , par dossier ayant trait à la même affaire . Les dossiers sont regroupés par bureau ou service , et faire l'objet de l'un des modes de de classement suivants : Alphabétique, Chronologique, Numérique, Alpha-Numérique , Géographique , Méthodédique .

2)-Mettre les documents en boîtes ou en liasses, en recouvrant plusieurs dossiers de papier kraft , puis ficeler soigneusement chaque liasse.

3)- La liasse aura en moyenne 10 à 15 cm d'épaisseur , ces dimensions étant communiquées à titre indicatif, l'usage des boîtes normalisées de 10 cm étant préférable .

4)- Les boîtes ou liasses d'un même versement seront numérotées de 1 à x ; prendre soin d'écrire le numéro de manière apparente en haut sur le bord.

5)- La numérotation continue est reprise à chaque nouveau versement de 1 à x ; des numéros de versements , communiqués par le service des archives, permettront de distigner les différents versements.

#### **B- Le Bordereau de Versement d'Archives :**

1)- Le bordereau de versement sera établi en triple exemplaire ; sur imprimés spéciaux fournis par le Service des Archives. L'un des trois exemplaires, vérifié et signé, sera retourné par la suite au service versant.

2)- Le bordereau de versement devra être transmis au Service des Archives avant le versement proprement dit. Le responsable des Archives, après avoir pris ses dispositions, indiquera le jour et les modalités pratiques du versement.

3)- Le bordereau devra être soigneusement rempli. Indiquer sur la page 1, le Ministère de tutelle, la direction, le service ou l'organisme versant, le nombre de boîtes ou liasses. Sur la page 2, donner les précisions suivantes :

a)- le numéro d'ordre des liasses classées de 1 à x ; utiliser des feuilles intercalaires pour des versements supérieurs à 25 Unités.

b)- le résumé en une ou deux lignes de la nature des dossiers contenus dans chaque liasse.

c)- les dates extrêmes couvertes par la liasse : ex : 1964-1966 – 1964 étant la date du premier document, 1966 celle du dernier document de la liasse.

d)- le délai de conservation des archives, ou date à laquelle le document ne sera plus d'aucune utilité pour le service versant, sa destruction pouvant alors être envisagée dans la mesure où il ne présente aucun intérêt historique. Ex : Une liasse versée en 1975, et devant être conservée pendant vingt ans, aura pour date maximum de conservation l'année 1995.

4)- Des mesures particulières sont prévues pour certaines catégories d'archives, telle que les registres, les cartes, les plans, les bandes magnétiques, les disquettes, etc.....

Le Service des Archives étudiera chaque cas qui lui sera soumis, il reste à la disposition de tous les services pour les conseiller et les aider, lors des premiers versements notamment.

#### **IV- COMMUNICATION DES ARCHIVES :**

L'organisme versant est en droit de demander, chaque fois que l'intérêt du service l'exige, à consulter ses propres archives, en communiquant les références du bordereau de versement, en sa possession, il a par conséquent intérêt à conserver dans l'ordre chronologique tous les exemplaires qui lui sont retournés après les versements effectués.

#### **CONCLUSION :**

Messieurs les Responsables des différentes institutions auront à cœur de faire respecter les règles énoncées ci-dessus, afin de préserver un patrimoine administratif, historique et culturel dont l'intérêt et la richesse ne font aucun doute et ce, au moment où l'écriture de notre histoire demeure plus que jamais à l'ordre du jour. Une meilleure gestion de nos archives facilitera considérablement la bonne marche de toutes nos institutions.

Fait à Alger, le 24 Janvier 1995

Le Directeur Général des Archives Nationales.

**Abdelkrim BADJADJA**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA COMMUNICATION ET DES RELATIONS PUBLIQUES

NOTE N° 01 DU 29 NOV 2000

**DESTINATAIRES :**

**MESSIEURS :**

Les directeurs généraux des CHU

Les directeurs généraux et directeurs des établissements nationaux

Les directeurs de la santé et de la population de Wilaya, pour exécution et large diffusion auprès des secteurs sanitaires et les établissements hospitaliers spécialisés.

**OBJET : Gestion des archives**

**REFERENCES :** Loi N° 88-09 du 26 janvier 1988, relative aux archives nationales.

**P. JOINTES :** Circulaires N° 301 du 20 Août 2000 de la présidence de la République Direction Générale des Archives Nationales.

J'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint pour information et exécution la circulaire N° 301 du 20 Août 2000, qui rappelle la nécessité d'inscrire la gestion des archives, parmi les priorités de fonctionnement de l'administration et ce compte tenu de la situation préoccupante des archives dans certaines institutions qui appelle des mesures de redressement urgentes

Dans ce cadre, il vous rappelle la stricte nécessité de vous conformer aux dispositions de la loi N° 88-09 du 26 janvier 1988, relative aux archives nationales et des textes pris pour son application.

Vous êtes prié de transmettre un état d'exécution des mesures pratiques prises à cet effet.



Le Chef du Gouvernement,  
Vu la Constitution, notamment son article 81-3° et 4°;  
Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée portant statut général de la fonction publique, ensemble des textes pris pour son application ;  
Vu la loi 78-12 du 5 août 1978 relatif au statut général du travailleur notamment son article 140 ;  
Vu le décret 81-206 du 15 août 1981 fixant le montant et les conditions d'attribution des indemnités compensatrices des frais engagés par les travailleurs en mission commandée à l'intérieur du territoire national ;  
Vu le décret 82-182 du 15 mai 1982 fixant la liste des wilayas et des daïras ouvrant droit aux indemnités compensatrices prévues à l'article 8 du décret n° 81-206 du 15 août 1981.  
Vu le décret 85-03 du 5 janvier 1985 modifié et complété fixant l'échelle nationale indiciaire relative aux salaires;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret n° 87-200 du 1<sup>er</sup> septembre 1987 modifiant les articles 1, 6, 8, 9, et 10 du décret n° 81-206 du 15 août 1981 fixant le montant et les conditions d'attribution des indemnités compensatrices de frais engagés par les travailleurs en mission commandée à l'intérieur du territoire national ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret fixe dans les institutions et administrations publiques le montant et les conditions d'attribution des indemnités compensatrices des frais engagés par l'agent appelé dans le cadre des missions commandées par son organisme employeur, à effectuer des déplacements dans un rayon supérieur à cinquante (50) kilomètres de son lieu habituel de travail et pendant une période inférieure ou égale à 30 jours consécutifs.

Tout déplacement doit être préalablement autorisé et donner lieu à l'établissement d'un ordre de mission par l'autorité ou le responsable concerné.

**Article 2 :** Le déplacement de l'agent commence à l'heure du départ de son lieu de travail ou de son lieu de résidence habituel. Il prend fin à l'heure du retour de l'agent à l'un ou l'autre lieu.

**Article 3 :** L'indemnité compensatrice assure dans les limites et conditions fixées au présent décret une couverture forfaitaire de frais de restauration, d'hébergement et, éventuellement de transport lorsque celui-ci n'est pas assuré par l'organisme employeur.

**Article 4 :** L'agent en mission commandée bénéficie de l'indemnité compensatrice des frais engagés pour sa restauration dès lors qu'il se trouve éloigné de sa résidence ou de son lieu de travail habituel dans les termes de l'article 1er ci-dessus, pendant les périodes de temps comprises entre onze (11) heures et quatorze (14) heures, dix huit (18) heures et vingt et une (21) heures.

Il bénéficie dans les mêmes conditions que ci-dessus, de l'indemnité compensatrice des frais engagés pour son hébergement, lorsqu'il se trouve éloigné de sa résidence habituelle pendant les périodes de temps comprise entre zéro (0) heure et six (6) heures.

**Article 5 :** L'organisme employeur assure le transport de l'agent et prend en charge les frais correspondants ou en assure le remboursement lorsqu'ils ont été avancés par ce dernier. L'itinéraire doit être choisi en tenant compte de la voie la plus directe et la plus économique des moyens de transport terrestre est aérien.

Lorsque sur la demande de l'organisme employeur l'agent utilise à titre exceptionnel son véhicule personnel pour une mission commandée, il bénéficie de l'indemnité compensatrice pour les frais de transport engagés calculée au taux de deux (2) dinars par kilomètre accompli.

**Article 6 :** L'indemnité compensatrice est fixée à cent vingt (120) dinars par repas pour les frais de restauration et à deux cents quarante (240) dinars pour les frais d'hébergement petit déjeuner compris soit quatre cent quatre vingt (480) dinars pour la journée complète pour les agents classés aux catégories 1 à 14 de l'échelle nationale indiciaire relative aux salaires.

L'indemnité compensatrice est fixée à cent soixante dinars par repas pour les frais de restauration et à deux cent quatre vingt (280) dinars pour les frais d'hébergement petit déjeuner compris, soit six cent (600) dinars pour la journée complète, pour les agents classés aux catégories supérieures à celles visées à l'alinéa précédent.

Les personnes étrangères de l'organisme employeur appelée en raison de leurs compétences et pour les nécessités du service à effectuer pour le compte de l'organisme employeur des déplacements dans le cadre des missions commandées sont assimilées aux agents classés aux catégories définies à l'alinéa 2 ci-dessus.

**Article 7 :** Pour la wilaya et les communes des régions du sud du pays les montants des indemnités compensatrices des frais de restauration et d'hébergement sont fixées comme suit :

Cent soixante (160) dinars par repas pour les frais de restauration et de cent quatre vingt dinars (280) pour les frais d'hébergement, petit déjeuner compris soit six cent (600) dinars pour la journée complète pour les agents classés aux catégories définies à l'alinéa 1er de l'article 6 ci-dessus,

Deux cent dinars (200) par repas pour les frais de restauration et trois cent vingt (320) dinars pour les frais d'hébergement petit déjeuner compris soit sept cent vingt (720) dinars pour la journée complète pour les agents classés aux catégories définies aux alinéas 2 et 3 de l'article 6 ci-dessus.

La liste des wilayas et communes ouvrant droit aux bénéficiaires des dispositions du présent article est fixée par décret.

**Article 8 :** Nonobstant la limite de distance fixée à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus le bénéfice de l'indemnité compensatrice est étendue à l'agent en mission commandée placé en raison des nécessités de service dans l'impossibilité manifeste de rejoindre son lieu de travail ou de résidence habituelle à l'intérieur des périodes de temps fixé à l'article 4 ci-dessus.

Toutefois lorsque la contrainte de la mission ne porte uniquement que sur une impossibilité de rejoindre la résidence ou le lieu de travail habituel entre onze (11) heures et quatorze (14) heures, dix huit (18) heures et vingt et une (21) heures l'indemnité compensatrice des frais de restauration est ramenée à vingt cinq pour cent (25%) de son montant tel que fixé aux articles 6 et 7 ci-dessus.

**Article 9 :** L'organisme employeur disposant de structures d'hébergement ou de restauration sur les lieux où est effectuée la mission commandée, peut faire l'obligation à l'agent d'utiliser celle-ci. Dans ce cas les indemnités compensatrices de frais de restauration ou d'hébergement sont ramenés à vingt cinq pour cent (25%) des montants fixées aux articles 6 et 7 ci-dessus.

**Article 10 :** L'agent perçoit, avant son départ en mission, une avance correspondant au montant de l'indemnité compensatrice des frais qu'il aura à engager pendant la durée prévue pour la mission.

Le décompte définitif des indemnités dues à l'agent est arrêté par l'organisme employeur sur présentation est remise de l'original de l'ordre de mission. Sur le même document, il est fait mention des prestations dont l'agent aurait bénéficié par application des dispositions de l'article 9 ci-dessus.

**Article 11 :** En cas d'annulation de la mission avant le départ de l'agent, celui-ci doit restituer les avances qui lui aurait été éventuellement alloué.

En cas de retour ou de rappel avant le terme fixé à la mission, l'agent est tenu de restituer le montant des indemnités couvrant les journées postérieures à la date de son retour.

**Article 12 :** Les indemnités compensatrices de frais de restauration d'hébergement et de transport prévu par le présent décret sont exclusives de toutes autres indemnités servies au titre ou en compensation des frais de déplacement engagés dans le cadre de mission commandée.

**Article 13 :** Les dispositions des décrets n° 81-206 du 15 août 1981 et n° 87-200 du 1<sup>er</sup> septembre 1987 susvisés sont abrogées.

**Article 14 :** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 21 décembre 1991.

**Sid Ahmed GHOZALI**

**Décret exécutif n° 03-265 du Aouel Joumada Ethania 1424 correspondant au 31 juillet 2003 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-500 du 21 décembre 1991 fixant le montant et les conditions d'attribution des indemnités compensatrices des frais engagés par les agents en mission commandée à l'intérieur du territoire national.**

Le chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre des finances,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-500 du 21 décembre 1991 fixant le montant et les conditions d'attribution des indemnités compensatrices des frais engagés par les agents en mission commandée à l'intérieur du territoire national :

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions du décret exécutif n° 91-500 du 21 décembre 1991, susvisé.

**Article 2** : L'article 6 du décret exécutif n° 91-500 du 21 décembre 1991, susvisé, est modifié comme suit :

« Art. 6. L'indemnité compensatrice est fixée à deux cent cinquante (250) dinars par repas pour les frais de restauration et à huit cent (800) dinars pour les frais d'hébergement, petit déjeuner compris, soit mille trois cent (1300) dinars pour la journée complète, pour les agents classés aux catégories 1 à 14 de l'échelle nationale indiciaire relative aux salaires.

L'indemnité compensatrice est fixée à quatre cents (400) dinars par repas pour les frais de restauration et à mille deux cents (1200) dinars pour les frais d'hébergement, petit déjeuner compris, soit deux mille (2000) dinars pour la journée complète, pour les agents classés aux catégories supérieures à celles visées à l'alinéa précédent.

Les personnes étrangères à l'organisme employeurs appelées, en raison de leurs compétences et pour les nécessités du service, à effectuer, pour le compte de l'organisme employeur, des déplacements dans le cadre des missions commandées sont assimilées aux agents classés aux catégories définies à l'alinéa 2 ci-dessus.

(Le reste sans changement)

**Article 3** : L'article 7 du décret exécutif n° 91-500 du 21 décembre 1991, susvisé est modifié comme suit :

« Art 7. Pour les wilayas et les communes des régions du sud du pays, les montants des indemnités compensatrices des frais de restauration et d'hébergement sont fixés comme suit :

« quatre cent cinquante (450) par repas pour les frais de restauration et mille cent (1100) dinars pour les frais d'hébergement, petit déjeuner compris, soit deux mille (2000) dinars pour la journée complète, pour les agents classés aux catégories définies à l'alinéa 1 de l'article 6 ci-dessus ;

cinq cents (500) dinars par repas pour les frais de restauration et à mille cinq cents (1500) dinars pour les frais d'hébergement, petit déjeuner compris, soit deux mille cinq cents (2500) dinars pour la journée complète, pour les agents classés aux catégories définies aux alinéas 2 et 3 de l'article 6 ci-dessus » .

(Le reste sans changement...).

**Article 4** : Il est inséré dans le décret exécutif n° 91-500 du 21 décembre 1991, susvisé, un article 7 bis rédigé comme suit :

« Art. 7 bis. L'indemnité compensatrice est fixée à huit cents dinars par repas pour les frais de restauration et à deux mille cinq cents (2500) dinars pour les frais d'hébergement, petit déjeuner compris, soit quatre mille cents (4100) dinars pour la journée complète pour les titulaires de fonctions supérieures.

**Article 5** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le Aouel Joumada Ethania 1424 correspondant au 31 juillet 2003

**Ahmed OUYAHIA**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2);

Vu la plate-forme portant consensus national sur la période transitoire;

Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce ;

Vu l'ordonnance n° 76-103 du 9 décembre 1976, modifiée et complétée, portant code du timbre ;

Vu l'ordonnance n° 76-104 du 9 décembre 1976, modifiée et complétée, portant code des impôts indirects ;

Vu l'ordonnance n° 76-105 du 9 décembre 1976, modifiée et complétée, portant code de l'enregistrement ;

Vu la loi n° 79-07 du 21 juillet 1979, modifiée et complétée, portant code des douanes ;

Vu la loi n° 90-22 du 18 août 1990, modifiée et complétée, relative au registre du commerce ;

Vu la loi n° 90-36 du 31 décembre 1990 portant loi de finances pour 1991, notamment son article 64 ;

Vu l'ordonnance n° 95-06 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995 relative à la concurrence, notamment son article 57 ;

Vu le décret présidentiel n° 94-92 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 4 Dhou El Kaada 1414 correspondant au 15 avril 1994, modifié et complété, portant nomination des membres du Gouvernement ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de fixer les modalités d'établissement de la facture en application de l'article 57 de l'ordonnance n° 95-06 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995 relative à la concurrence.

**Article 2 :** Les dispositions du présent décret s'appliquent à tous les agents économiques et à toutes les activités tels que définis par les articles 2 et 3 de l'ordonnance n° 95-06 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995 relative à la concurrence.

**Article 3 :** Sans préjudice de toutes autres dispositions utiles, les factures doivent contenir les mentions prévues par le présent décret.

**Article 4 :** La facture régulièrement établie doit comporter une date d'établissement et un numéro d'ordre.

**Article 5 :** La facture doit être lisible, sans tâche, ni rature suivant l'ordre chronologique du facturier.

Un facturier ne peut être entamé sans que le précédent ne soit totalement épuisé.

**Article 6 :** La facture obtenue par photocopie, duplication, par un procédé reprographique ou manuscrite, est irrégulière.

**Article 7 :** La facture doit permettre l'identification du producteur, du distributeur ou du prestataire de services.

**Article 8 :** En application des dispositions de l'article 7 ci-dessus, la facture doit comporter les mentions suivantes, identifiant le producteur, le distributeur ou le prestataire de services :

— les noms et prénoms ou la raison sociale ;

— la forme juridique de la société, l'établissement ou la nature de l'activité exercée ;

— le capital social pour les sociétés à responsabilité limitée et les sociétés par actions ;

— l'adresse telle que définie par le régime juridique lié à la nature de l'activité ou à la forme juridique dans laquelle elle s'exerce ;

— le numéro et la date de l'enregistrement ou de l'immatriculation prévus par la législation et/ou la réglementation relative à chaque nature d'activité ;

— l'identifiant fiscal tel que prévu par l'article 110 de la loi n° 91-25 du 18 décembre 1991 portant loi de finances pour 1992 ;

— le cachet humide de l'agent économique ainsi que sa signature.

**Article 9 :** Doivent figurer également sur la facture les mentions citées par l'article 8 ci-dessus, identifiant le client lorsque celui-ci a la qualité d'agent économique au sens de l'article 2 ci-dessus.

**Article 10 :** La facture doit permettre également l'identification de la nature du bien vendu et/ou de la prestation de services rendue, par l'énumération :

— de la dénomination du ou des biens et/ou du ou des services telles que prévus par la législation et/ou la réglementation en vigueur et de leurs noms commerciaux

ou à défaut de ces derniers de leurs noms d'usage ;

— de la quantité du ou des biens et/ou de la durée du ou des services mesurées suivant l'unité de mesure qui les caractérisent ;

— du prix unitaire hors taxe du ou des biens vendus et/ou du ou des services rendus ;

— de la nature et du taux des impôts et/ou droits et/ou taxes et/ou contributions à prélever, à quelque titre que ce soit, suivant la nature du bien vendu et/ou du service rendu ;

— du prix total hors taxe de ou des biens et/ou du ou des services.

La taxe sur la valeur ajoutée et la taxe spécifique additionnelle ne doivent être mentionnées que sur les factures délivrées par les redevables légalement assujettis.

**Article 11 :** Le prix unitaire hors taxe cité à l'article 10 ci-dessus, comprend tous rabais, remises ou ristournes dont les principes sont acquis et le montant chiffré lors de la vente et/ou de la prestation de services, quelles que soient leurs dates de règlement.

**Article 12 :** Lorsque les frais de transport ne sont pas facturés séparément ou ne constituent pas un élément du prix unitaire, ils doivent être énumérés expressément sur la facture et identifiés, conformément aux dispositions de l'article 10 ci-dessus.

**Article 13 :** Doivent être également énumérées expressément sur la facture et identifiées, conformément à l'article 12 ci-dessus, les suppléments de prix tels que les intérêts de crédit pour vente à terme et les frais constituant une charge d'exploitation tels que la rémunération d'intermédiaires, commissions, courtages, primes d'assurance payés par le vendeur et facturés au client.

**Article 14 :** Le montant total des droits et/ou taxes doit être indiqué par nature à la suite du prix hors taxe cité à l'article 11 ci-dessus.

**Article 15 :** Le prix total toutes taxes comprises libellé en chiffres et en lettres, doit être porté à la fin de la facture.

**Article 16 :** Les sommes perçues, au titre de la consignation, de l'emballage récupérable ainsi que les frais avancés pour le compte d'un tiers, appelées débours,

lorsqu'ils ne font pas l'objet d'une facture particulière, doivent figurer en marge de la facture.

**Article 17 :** Figurent également, en marge de la facture, la nature des modalités de son règlement ainsi que toutes les références permettant de l'identifier tels que,

notamment, son origine, son numéro et sa date.

**Article 18 :** Lorsque la facture est établie pour l'importation ou pour l'exportation de marchandises, les conditions de livraison de celles-ci doivent obligatoirement être mentionnées.

Les dispositions du présent article seront précisées, en tant que de besoin, par arrêté interministériel du ministre chargé du commerce et du ministre chargé des finances

**Article 19 :** La facture régulièrement annulée doit faire l'objet d'une mention "facture annulée" inscrite en diagonale et clairement signalée en couleur rouge.

Cette obligation pèse aussi bien sur l'agent économique au sens de l'article 2 du présent décret, que sur son client lorsqu'il a la même qualité.

**Article 20 :** Le présent décret entrera en vigueur trois (3) mois après sa date de publication au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Article 21 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 12 Joumada El Oula 1416 correspondant au 7 octobre 1995.

Mokdad SIFI.

*Le Ministre*

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé et de la population  
En communication à Messieurs les Directeurs des Centres Hospitalo-Universitaires  
et les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

**OBJET : Fonctionnement optimal des cabinets dentaires par rentabilisation des ressources humaines et matériels**

**REFERENCES :**

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et promotion de la santé modifiée et complétée.

Décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut des praticiens médicaux, généralistes et spécialistes de santé publique modifié et complété

Décret exécutif n° 97-466 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires.  
Circulaire interministérielle n° 05 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination.

Instructions Ministérielle n° 19 du 19 novembre 2002 relative à la prévention des hépatites virales, du VIH et des accidents d'expositions au sang en pratique dentaire.

La santé bucco-dentaire concerne tous les citoyens (sains et malades, adultes et enfants) et constitue de par son rôle dans le bien être de l'individu un facteur important dans la promotion de la santé de la population ; de même qu'elle constitue à long terme un atout majeur en terme d'économie de santé de par son rôle dans la prévention primaire d'un grand nombre de pathologies lourdes telles que certaines cardiopathies et néphropathies.

La stratégie de lutte contre les pathologies bucco-dentaire comporte un volet préventif en vue de réduire la prévalence carieuse, donc à long terme la demande en soins et pour lequel le cadre scolaire a été choisi, mais aussi un volet thérapeutique concernant les soins conservateurs des dents permanentes comme les dents lactéales.

A cet effet, des cabinets dentaires sont installés dans des structures de santé publique (hôpitaux, centres de santé, polycliniques, Unités de dépistage et de suivi) e des chirurgiens-dentistes généralistes et spécialistes sont affectés.

Or, suite aux différentes évaluations des prises en charge thérapeutique dans les cabinets dentaires, comme au cours des visites d'inspection, force est de constater que de grandes carences persistent en matière de gestion des cabinets dentaires, notamment le manque de petites instrumentations et produits consommables ainsi que les pannes fréquentes et durables des fauteuils dentaires.

En outre, alors qu'elles sont déjà amoindries en raison de l'absence de laboratoire pour prothèses et appareils orthodontiques dans la majorité des secteurs sanitaires, les prestations offertes en matière de soins bucco-dentaires se limitent très souvent aux extractions dentaires au détriment de l'odontologie conservatrice et l'endodontie. Or, si le fauteuil dentaire est un équipement de soins, l'extraction dentaire signe un échec thérapeutique.

C'est pourquoi dans le cadre du redressement du secteur bucco-dentaire, et de la réhabilitation de l'exercice dentaire, il est demandé aux Directeurs des établissements, au moment de l'établissement des comptes prévisionnels de tenir compte des besoins exprimés par les chirurgiens-dentistes et de considérer que toutes les maladies se valent et préoccupent la population afin d'assurer convenablement la programmation et la distribution des soins bucco-dentaires.

Par ailleurs les Directeurs de la Santé et de la Population et les Directeurs des établissements doivent prendre les dispositions suivantes :  
Veiller à ce que dans les cabinets (publics, parapublics et privés), aucun chirurgien-dentiste n'exerce sa profession dans des conditions qui puissent compromettre des soins et des actes qui relèvent de l'exercice de l'art dentaire (mesure universelles d'hygiène et de prévention , assistance d'un aide opératoire préalablement formé, équipement et instrumentations conformes).

Au niveau de chaque cabinet dentaire de santé publique, responsabiliser le personnel médical et paramédical pour l'exécution des actes d'entretien quotidiens de l'équipement et des instruments rotatifs (contre-angles et turbines).

Instruire le personnel médical et paramédical des cabinets dentaires de santé publique pour signaler diligemment à la direction, sous couvert des responsables des unités de base (chef d'unité, chirurgien-dentiste coordinateur) tout arrêt du fonctionnement du fauteuil dentaire quelle qu'en soit la raison (panne, pénurie de produits consommables, départ du chirurgien-dentiste, absence d'eau...)

En cas de panne, dans la rédaction du rapport, il doit mentionner le jour et l'heure ou est survenue la panne, le nom de la dernière personne à avoir utilisé le fauteuil, le dernier geste effectué sur le fauteuil, et si possible le type de panne présumée.

Ceci servira à orienter le technicien mais aussi à évaluer son intervention.

Selon le nombre de cabinets dentaires fonctionnels , le secteur sanitaire doit recruter à plein temps un technicien pour la maintenance du parc dentaire et les réparations des pannes éventuelles , ou contracter une convention avec un technicien externe au secteur avec des clauses obligatoires de contrat (examens de contrôle routiniers , célérité de l'intervention avec délais préalablement définis et approuvé par les deux parties , exclusivité d'intervention sur le parc dentaire du secteur sauf incompétence déclarée.....)

Lors d'une nouvelle acquisition d'un équipement dentaire (par le secteur de la santé, de l'éducation, les collectivités locales ou autre institution) le fournisseur est tenu d'assurer au technicien une formation efficiente dans la maintenance et la réparation du matériel acquis.

Les Directeurs de la santé et de la population, les directeurs généraux des C.H.U, les Directeurs des secteurs sanitaires sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution de la présente instruction.

**LE MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

# **Gestion Financière**

**Décret exécutif n° 89-198 du 7 novembre 1989 fixant les conditions de répartition des recettes et des dépenses prévues au titre des budgets des établissements publics à caractère administratif, régis par les dispositions statutaires communes.**

Le Chef du Gouvernement ;

Sur le rapport du ministre de l'économie ;

Vu la Constitution et notamment ses articles 81-4 et 116 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n° 88-33 du 31 décembre 1988 portant loi de finances pour 1989 et notamment son article 109 ;

Vu le décret n° 86-30 du 18 février déterminant les organes et structures de l'administration générale de wilaya et fixant leurs missions et leur organisation.

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de fixer les conditions de répartition des recettes et des dépenses prévues au titre des budgets des établissements publics à caractère administratif, régis par des dispositions statutaires communes et désignés ci-après « les établissements ».

**Article 2** : Les dispositions prévues à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus ne sont applicables que lorsque le nombre des établissements est supérieur à cinq (5).

**Article 3** : Les recettes et les dépenses des établissements sont fixées globalement par catégorie et par établissement par arrêté conjoint du ministre de l'économie et du ministre concerné.

Un état des effectifs des personnels, par établissement et par emploi, est annexé à l'arrêté susvisé.

**Article 4** : Dans la limite des plafonds fixés par catégorie de recettes et de dépenses, conformément aux dispositions de l'article 3 ci-dessus, les budgets détaillés des établissements sont approuvés par le wali, sur proposition conjointe du directeur de l'établissement et du contrôleur financier local, conformément à leur nomenclature budgétaire au plus tard un mois après la date de signature de l'arrêté susvisé.

**Article 5** : Dès son approbation, un exemplaire de chaque budget est adressée au ministre de l'économie et au ministre concerné.

**Article 6** : Sous réserve des dispositions des articles 33 et 34 de la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances, les modifications aux répartitions telles que prévues à l'article 3 ci-dessus sont effectuées dans la limite des crédits disponibles par :

\* arrêté conjoint du ministre de l'économie et du ministre concerné lorsqu'il s'agit de mouvements de crédits affectant des chapitres de nature différente au sein d'un même établissement ;

\* décision du wali concerné lorsqu'il s'agit de mouvements de crédits de même nature ;

\* décision du directeur de l'établissement, lorsqu'il s'agit de mouvement de crédits d'article à article au sein d'un même chapitre.

**Article 7** : Les créations ou transformations d'emplois sont effectués par le ministre de l'économie sur proposition du ministre concerné.

**Article 8** : Les directeurs des établissements sont tenus d'adresser au ministre de l'économie et à chacun des ministres concernés, trimestriellement, une situation des engagements et des paiements et une situation des effectifs réels. Ces situations devront être visées par :

Le contrôleur financier compétent, pour les engagements et la situation des effectifs réels,  
le comptable assignataire, pour les paiements.

**Article 9** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 novembre 1989.

**Mouloud HAMROUCHE.**



Le Président de la République,  
 Vu la Constitution et notamment ses articles 115 et 117 ;  
 Vu la loi n° 63-198 du 8 juin 1963 instituant une agence judiciaire du Trésor, modifié ;  
 Vu l'ordonnance n° 65-320 du 31 décembre 1965 portant loi de finances pour 1966 ;  
 Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966 portant code de procédure civile, modifié ;  
 Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966 portant code de procédure pénale, modifié ;  
 Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant code pénal, modifiée ;  
 Vu l'ordonnance n° 67-83 du 2 juin 1967 modifiant et compétant l'ordonnance n° 66-368 du 31 décembre 1966, portant loi de finances pour 1967 ;  
 Vu l'ordonnance n° 67-290 du 30 décembre 1967 portant loi de finance pour 1968 ;  
 Vu l'ordonnance n° 69-107 du 31 décembre 1969 portant loi de finance pour 1970 ;  
 Vu l'ordonnance n° 70-81 du 28 novembre 1970 portant institution de remise gracieuse de dettes ;  
 Vu l'ordonnance n° 70-93 du 31 décembre 1970 portant loi de finance pour 1971 ;  
 Vu l'ordonnance n° 72-68 du 29 décembre 1972 portant loi de finance pour 1973 ;  
 Vu l'ordonnance n° 75-58 du 29 septembre 1975 portant code civil, modifie ;  
 Vu l'ordonnance n° 75-89 du 30 décembre 1975 portant code des postes et télécommunications ;  
 Vu l'ordonnance n° 76-102 du 9 décembre 1976 portant code des taxes sur les chiffres d'affaires, modifié ;  
 Vu l'ordonnance n° 76-104 du 9 décembre 1976 portant code du timbre, modifié ;  
 Vu la loi n° 77-02 du 31 décembre 1977 portant loi de finances pour 1978 ;  
 Vu la loi n° 78-13 du 31 décembre 1978 portant loi de finances pour 1979 ;  
 Vu la loi n° 79-07 du 21 juillet 1979 portant code des douanes, modifiée ;  
 Vu la loi n° 79-09 du 31 décembre 1979 portant loi de finances pour 1980 ;  
 Vu la loi n° 80-04 du 1<sup>er</sup> mars 1980 relative à l'exercice de la fonction de contrôle par l'Assemblée populaire nationale ;  
 Vu la loi n° 80-12 du 31 décembre 1980 portant loi de finances pour 1981 ;  
 Vu la loi n° 81-13 du 27 décembre 1981 portant loi de finances pour 1982 ;  
 Vu la loi n° 84-16 du 30 juin 1984 relative au domaine national, modifiée ;  
 Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 relative aux lois de finances, modifiée ;  
 Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques.  
 Vu la loi n° 88-02 du 12 janvier 1988 relative à la planification, complétée ;  
 Vu la loi n° 88-09 du 26 janvier 1988 relative aux archives nationales ;  
 Vu la loi n° 89-22 du 12 décembre 1989 relative aux attributions, à l'organisation et au fonctionnement de la cour suprême ;  
 Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;  
 Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;  
 Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail ;  
 Après adoption par l'assemblée populaire nationale ;

Promulgue la loi dont la teneur suit :

## DISPOSITIONS GENERALES

**Article 1<sup>er</sup>** : La présente loi a pour objet de définir les dispositions générales d'exécution applicables aux budgets et opérations financières de l'Etat, du Conseil constitutionnel, de l'Assemblée populaire nationale, de la cour des comptes, des budgets annexes, des collectivités territoriales et des établissements publics à caractère administratif.

Elle détermine les obligations et les responsabilités des ordonnateurs et des comptables publics.

Ces dispositions portent également sur l'exécution et la réalisation des recettes et des dépenses publiques, des opérations de trésorerie et sur le système de leur comptabilisation.

**Article 2** : Les ordonnateurs et les comptables publics sont astreints, chacun en ce qui le concerne, à la tenue d'une comptabilité dont les procédures, les modalités et le contenu seront déterminés par voie réglementaire.

## TITRE I DU BUDGET ET DES OPERATIONS FINANCIERES ET DE LEUR EXECUTION Chapitre 1 Du Budget

**Article 3** : Le budget est l'acte qui prévoit et autorise pour l'année civile, l'ensemble des recettes, des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'investissements dont les dépenses d'équipements publics et les dépenses en capital.

**Article 4** : Au sens de la présente loi, on entend par recettes et dépenses, l'ensemble des ressources et des charges du budget général de l'Etat telles que définies par la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 relative aux lois de finances, modifiée.

**Article 5** : Les dépenses de fonctionnement assurent la couverture des charges ordinaires nécessaires au fonctionnement des services publics dont les crédits sont inscrits au budget général de l'Etat.

**Article 6** : Les dépenses d'équipements publics, les dépenses d'investissements et les dépenses en capital, s'inscrivent au budget général de l'Etat sous la forme d'autorisation de programmes et s'exécutent à travers les crédits de paiement.

Les autorisations de programmes constituent la limite supérieure des dépenses que les ordonnateurs sont autorisés à engager pour l'exécution des investissements planifiée.

Elles demeurent valables sans limitation de durée jusqu'à ce qu'il soit procédé à leur annulation.

Les crédits de paiement représentent les dotations annuelles susceptibles d'être ordonnancées, mandatées ou payées pour la couverture des engagements contractés dans le cadre des autorisations de programmes correspondantes.

**Article 7** : Les dépenses de fonctionnement, les dépenses d'équipements publics et les dépenses d'investissements des services déconcentrés sont à la charge du budget général de l'Etat.

**Article 8** : Les crédits des budgets des collectivités territoriales ne doivent en aucun cas, servir à la couverture des dépenses effectuées au profit des moyens humains et matériels des services déconcentrés de l'Etat.

## Chapitre 2 Des opérations financières

**Article 9** : Les opérations financières regroupent les opérations de recettes, les opérations de dépenses et les opérations de trésorerie.

**Article 10** : Les opérations de recettes se réalisent à travers le recouvrement, par tous les moyens de droit expressément autorisés par les lois et règlements, de produits fiscaux, parafiscaux ou de redevances, amendes ainsi que tous autres droits.

**Article 11** : Les opérations de dépenses consistent en l'utilisation des crédits autorisés. Elles se réalisent à travers les actes définis aux articles 19, 20, 21 et 22



**Article 12** : Les opérations de trésorerie sont constituées par tous mouvements de fonds en numéraires, en valeurs mobilisables, en comptes de dépôt, en comptes courants, en comptes de créances et de dettes.

Elles peuvent porter sur la gestion des valeurs et matières détenues conformément à la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 13** : Nonobstant toutes dispositions législatives contraires, les opérations des articles 10, 11 et 12 des institutions et collectivités publiques visées à l'article 1<sup>er</sup> sont réalisées par le Trésor public conformément à l'article 62 de la loi 84-17 du 7 juillet 1984 relative aux lois de finances, modifiée.

### Chapitre 3

#### Des opérations et actes d'exécution

**Article 14** : L'exécution des budgets et des opérations financières visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus incombe aux ordonnateurs et aux comptables publics dans les conditions fixées par la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 relative aux lois de finances, modifiée par la présente loi et les textes pris pour son application.

Sont également soumis à ces dispositions, les budgets et les opérations financières de l'assemblée populaire nationale et des collectivités territoriales, toutes les fois que la législation qui les régit n'en dispose pas autrement.

**Article 15** : L'exécution des budgets et des opérations financières est réalisée :

en matière de recettes, par des actes de constatation, de liquidation et de recouvrement ;

en matière de dépenses, par des actes d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement ou de mandatement et de paiement.

**Article 16** : La constatation est l'acte par lequel est consacré le droit d'un créancier public.

**Article 17** : La liquidation de la recette permet de déterminer le montant exact de la dette du redevable au profit d'un créancier public et d'en ordonner le recouvrement.

**Article 18** : Le recouvrement est l'acte libératoire de la créance publique.

**Article 19** : L'engagement est l'acte par lequel est constaté la naissance d'une dette.

**Article 20** : La liquidation permet la vérification sur pièces et la fixation du montant exact de la dépense publique.

**Article 21** : L'ordonnancement ou le mandatement est l'acte par lequel est donné l'ordre de payer la dépense publique.

**Article 22** : Le paiement est l'acte libératoire de la dépense publique.

## TITRE II

### DES AGENTS CHARGES DE L'EXECUTION

#### Chapitre 1

##### Des ordonnateurs

**Article 23** : Est ordonnateur, au sens de la présente loi, toute personne ayant qualité pour effectuer les opérations prévues aux articles 16, 17, 20 et 21.

La nomination ou l'élection à une fonction ayant pour attribution, autres, la réalisation des opérations visées à l'alinéa précédent confère de droit, la qualité d'ordonnateur

Cette qualité prend fin à la cessation de cette fonction.

**Article 24** : Les ordonnateurs doivent être accrédités auprès des comptables publics assignataires des recettes et des dépenses dont ils prescrivent l'exécution.

Les modalités d'accréditation sont fixées par voie réglementaire.

**Article 25** : Les ordonnateurs sont soit des ordonnateurs primaires ou principaux soit des ordonnateurs secondaires.

**Article 26** : Sous réserves des dispositions de l'article 23 ci-dessus, les ordonnateurs principaux sont :

les responsables chargés de la gestion financière du conseil constitutionnel, de l'assemblée populaire nationale et de la cour des comptes. les ministres.

les walis, lorsqu'ils agissent pour le compte de la wilaya.

les présidents des assemblées populaires communales agissant pour le compte des communes.

les responsables dûment désignés des établissements publics à caractère administratif.

les responsables dûment désignés des services de l'Etat dotés d'un budget annexe.

les responsables des fonctions définies à l'alinéa 2 de l'article 23 ci-dessus.

**Article 27** : Les ordonnateurs secondaires sont responsables, en leur qualité de chef des services déconcentrés, des fonctions définies à l'article 23 ci-dessus.

**Article 28** : En cas d'absence ou d'empêchement, les ordonnateurs peuvent se faire suppléer, dans l'exercice de leur fonction, par un acte de désignation régulièrement établi et notifié au comptable public assignataire.

**Article 29** : les ordonnateurs peuvent, dans la limite de leur attributions et sous leur responsabilité, donner délégation de signature à des fonctionnaires titulaires placés sous leur autorité directe.

**Article 30** : Les ordonnateurs ne peuvent ordonner l'exécution de dépenses sans ordonnancement préalable qu'en vertu de dispositions de la loi de finances.

**Article 31** : Les ordonnateurs sont responsables des certifications qu'ils délivrent.

Dans la limite des dispositions légales prévues en la matière, ils sont, en outre, responsables des irrégularités et erreurs qu'ils commettent et qu'un contrôle comptable sus pièces ne peut déceler.

**Article 32** : Les ordonnateurs sont responsables civilement et pénalement de la conservation et de l'utilisation des biens acquis sur les derniers publics.

A ce titre, ils sont personnellement responsables de la tenue des inventaires des biens meubles et immeubles acquis ou dont ils sont affectataires.

#### Chapitre 2

##### Des comptables publics

**Article 33** : Est comptable public, au sens de la présente loi, toute personne régulièrement nommée pour effectuer, outre les opérations visées aux articles 18 et 22, les opérations suivantes :

recouvrement de recette et paiement de dépenses,

garde et conservation des fonds, titres, valeurs, objets ou matières dont il a la charge,

maniement de fonds, titres, valeurs, biens, produits et matières,

mouvement de comptes de disponibilité.

**Article 34** : Les comptables publics sont nommés par le ministre chargé des finances. Ils relèvent exclusivement de son autorité.

Certains comptables publics peuvent être agréés par le ministre chargé des finances.

Les modalités de nomination ou d'agrément des comptables publics sont fixées par voie réglementaire.

**Article 35** : Avant la prise en charge des titres de recettes émis par l'ordonnateur, le comptable public est tenu de s'assurer que celui-ci est autorisé par les lois et règlements à percevoir les recettes.

Il doit, en outre, contrôler la régularité, au plan matériel, des annulations des titres de recettes, des régularisations et des éléments d'imputation dont ils disposent.

**Article 36** : Avant d'admettre toute dépense, le comptable public doit s'assurer : de la conformité de l'opération avec les lois et les règlements en vigueur ;

de la qualité de l'ordonnateur ou de son délégué,  
de la régularité des opérations de liquidation de la dépense ;  
de la disponibilité des crédits,  
que la créance n'est pas atteinte par une déchéance ou frappée d'opposition,  
du caractère libératoire du paiement,  
des visas des contrôles prévus par les lois et règlements en vigueur,  
de la validité de l'acquis libératoire.

**Article 37 :** Après avoir satisfait aux obligations des articles 35 et 36, le comptable public doit procéder au paiement de la dépense ou au recouvrement de la recette dans les délais fixés par voie réglementaire.

**Article 38 :** Sous réserve des dispositions de l'article 46, les comptables publics sont personnellement et pécuniairement responsables des opérations dont ils sont chargés.

**Article 39 :** Est nulle et de nul effet, toute sanction prise à l'encontre d'un comptable public s'il est établi que les ordres dont il a refusé l'exécution étaient de nature à engager sa responsabilité personnelle et pécuniaire.

**Article 40 :** Sans préjudice des dispositions des articles 38 et 46, la responsabilité solidaire des comptables publics et des personnes placées sous leurs ordres peut être retenue.

**Article 41 :** La responsabilité personnelle et pécuniaire du comptable public s'applique à toutes les opérations du poste qu'il dirige depuis la date de son installation jusqu'à la date de cessation de ses fonctions.

Toutefois, cette responsabilité ne peut être mise en jeu en raison de la gestion de ses prédécesseurs que pour des opérations prises en charge après vérifications sans réserves, ni contestations, lors de la remise de service effectuée selon des modalités fixées par voie réglementaire.

**Article 42 :** La responsabilité pécuniaire prévue à l'article 41 ci-dessus se trouve engagée dès lors qu'un manquant en deniers ou en valeurs est constaté.

**Article 43 :** Le comptable public est personnellement responsable de toute irrégularité dans l'exécution des opérations visées aux articles 35 et 36.

**Article 44 :** La responsabilité personnelle et pécuniaire du comptable public n'est pas à raison des erreurs d'assiettes, ni de celles commises dans la liquidation des droits qu'il recouvre.

**Article 45 :** Le comptable public est personnellement et pécuniairement responsable de la tenue de la comptabilité, de la conservation de pièces justificatives et documents de comptabilité et de toutes les opérations décrites aux articles 35 et 36 de la présente loi.

**Article 46 :** Dans tous les cas, la responsabilité personnelle et pécuniaire du comptable public ne peut être mise en jeu que par le ministre chargé des finances ou par la Cour des comptes.

Nonobstant les dispositions de l'article 188 de la loi n° 84-21 du 24 décembre 1984 portant loi de finances pour 1985, le ministre chargé des finances peut faire remise gracieuse, partielle ou totale, des débits prononcés à l'encontre des comptables publics dans tous les cas où leur bonne foi est établie.

**Article 47 :** En cas de refus de payer par le comptable public, l'ordonnateur peut requérir par écrit et sous sa responsabilité, qu'il soit passé outre à ce refus, selon les conditions fixées à l'article 48 ci-dessous.

**Article 48 :** Lorsque le comptable public défère à la réquisition sa responsabilité personnelle et pécuniaire se trouve dégagée, un compte rendu est transmis par ses soins dans les conditions et modalités qui seront fixées par voie réglementaire.

Cependant, tout comptable doit refuser de déférer à la réquisition, lorsque le refus est motivé par :

l'indisponibilité des crédits et sauf pour l'Etat,

l'indisponibilité de trésorerie,

l'absence de justification du service fait,

le caractère non libératoire du paiement,

l'absence de visa du contrôle des dépenses engagées ou de la commission des marchés habilitée, lorsqu'un tel visa est prévu par la réglementation en vigueur.

**Article 49 :** Les régisseurs chargés d'effectuer, pour le compte d'un comptable public, des opérations d'encaissement ou de paiement, sont personnellement et pécuniairement responsables de ces opérations. Cette responsabilité s'étend aux agents placés sous leurs ordres.

Le comptable public de rattachement est solidairement et pécuniairement responsable du fait de leur gestion, dans la limite du contrôle qu'il est tenu d'exercer.

**Article 50 :** Les comptables, ainsi que les personnes placées sous leurs ordres, les régisseurs et les comptables de fait dont la responsabilité est engagée, ne peuvent être mis en débet que dans les conditions fixes par la législation et la réglementation en vigueur.

Les actes de mise en débet sont pris en charge par le comptable assignataire compétent, qui peut, soit en assurer personnellement le recouvrement soit les confier à un receveur des contributions diverses aux fins de poursuites comme en matière d'impôts directs.

**Article 51 :** Est constitué comptable de fait, au sens de la présente loi, toute personne qui perçoit des recettes ou qui effectue des dépenses ou, d'une manière générale, qui manie des valeurs et deniers publics sans avoir la qualité de comptable public au sens de l'article 33 ci-dessus et sans avoir été autorisé expressément par l'autorité habilitée à cet effet.

**Article 52 :** Outre les sanctions encourues au titre de l'usurpation de fonction, le comptable de fait est soumis aux mêmes obligations et assume les mêmes responsabilités que le comptable public.

Il est également soumis aux mêmes contrôles et aux mêmes sanctions applicables au comptable public.

**Article 53 :** Le comptable public est tenu de couvrir de ses deniers personnels tout déficit de caisse ou tout débet mis à sa charge.

Le cas échéant le trésor public peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, avancer les fonds nécessaires à la couverture du déficit et du débet visé à l'alinéa premier.

**Article 54 :** Préalablement à son entrée en fonction, le comptable public est tenu de souscrire une assurance couvrant sa responsabilité pécuniaire.

Les modalités d'application du présent article seront fixées par voie réglementaire.

### Chapitre 3

#### De l'incompatibilité entre les fonctions d'ordonnateurs et de comptables publics

**Article 55 :** Les fonctions d'ordonnateur et celles de comptable public sont incompatibles.

**Article 56 :** Les conjoints des ordonnateurs ne peuvent être, en aucun cas, leurs comptables publics assignataires.

**Article 57 :** L'incompatibilité visée à l'article 55 ci-dessus, n'est pas opposable aux comptables publics des régies financières lorsqu'ils procèdent au recouvrement de certaines recettes dont ils ont la charge.

## TITRE III DU CONTROLE

### Chapitre 1

#### De la fonction de contrôle des dépenses engagées

**Article 58 :** L'exercice de la fonction de contrôle des dépenses engagées a pour objet :

de veiller à la régularité des engagements des dépenses par rapport à la législation en vigueur,

de vérifier préalablement la disponibilité des crédits,

de confirmer la régularité par un visa sur les documents relatifs aux dépenses ou, le cas échéant, de motiver son refus dans les délais fixés par voie réglementaire qui tiennent compte de la nature de l'acte,

de conseiller l'ordonnateur au plan financier,

d'informer mensuellement le ministre chargé des finances sur la régularité des engagements et sur la situation d'ensemble des crédits ouverts et des dépenses engagées.

**Article 59 :** Outre les missions prévues à l'article 58, le champ d'intervention du contrôle des dépenses engagées peut être précisé par voie réglementaire.

**Article 60 :** Les agents chargés de l'exercice de la fonction de contrôle des dépenses sont nommés par le ministre chargé des finances.

## Chapitre 2

### Du contrôle d'exécution

**Article 61 :** L'exécution des budgets et des opérations financières de l'Etat, du Conseil constitutionnel, des budgets annexes, de la Cour des comptes et des établissements publics à caractère administratif est soumis au contrôle des organes et institutions de l'Etat expressément habilités par la législation et la réglementation en vigueur.

Ce contrôle s'exerce pour l'Assemblée populaire nationale, selon les règles édictées par son règlement intérieur.

Pour les collectivités territoriales, le contrôle d'exécution des budgets et des opérations financières est opéré, outre par les organes et institutions visés à l'alinéa premier, par les assemblées délibérantes respectives.

**Article 62 :** La gestion des ordonnateurs est soumise au contrôle et la vérification des institutions et organes habilités par la législation et de la réglementation en vigueur.

**Article 63 :** Les pièces justificatives des opérations de gestion des ordonnateurs et des comptables publics doivent être conservées jusqu'à leur présentation aux organes chargés de l'apurement des comptes ou jusqu'à l'expiration du délai de dix (10) ans.

## TITRE IV

### DISPOSITIONS PARTICULIERES

#### Chapitre 1

##### Des condamnations pécuniaires

**Article 64 :** Le recouvrement des montants des condamnations pécuniaires définitives peut être poursuivi contre les condamnés, débiteurs solidaires des personnes civilement responsables et leurs ayants cause, par voie de commandement de saisie ou de vente.

Le recouvrement donne lieu, avant poursuites, à la notification d'un avis au redevable. Il est procédé, s'il y a lieu, à l'inscription des hypothèques légales et judiciaires.

Le recouvrement du montant des condamnations pécuniaires peut être poursuivi par voie de contrainte par corps, dans certains cas et sous certaines conditions prévues par la loi, il peut l'être, en outre, par voie de prélèvement sur le pécule des détenus.

**Article 65 :** Lorsqu'un débiteur bénéficie d'une mesure d'amnistie ou de grâce qui n'est pas subordonnée au paiement des amendes, le recouvrement de celles-ci est abandonné. Le recouvrement des amendes est également abandonné lorsque la prescription est acquise au profit du débiteur.

Les condamnations pécuniaires dont les montants n'ont pu être recouverts, sont admises en non-valeurs dans les conditions déterminées par voie réglementaire.

#### Chapitre 2

##### Autres créances

**Article 66 :** L'abandon des droits et créances publiques ainsi que toute remise gracieuse de créance publique ne peut être accordée qu'en vertu de dispositions de lois de finances ou de lois prises en matière fiscale, domaniale et pétrolière.

Toute infraction aux dispositions du présent article expose son auteur aux sanctions prévues à l'article 79 de la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 relative aux lois de finances, modifiée.

**Article 67 :** Le recours formé par les débiteurs devant la juridiction compétente contre l'état exécution suspend le recouvrement. Toutefois, le recours n'est pas suspensif lorsqu'il est formé contre un arrêté de débit.

**Article 68 :** Les autres ordres de recettes font l'objet d'un recouvrement amiable ou forcé. Le recouvrement forcé est poursuivi après que l'ordre de recette ait été rendu exécution à la demande du comptable public dans les conditions fixées par voie réglementaire.

**Article 69 :** Les ordres de recettes sont notifiés aux redevables par les comptables publics après leur prise en charge et sont exécutés selon la procédure prévue à l'article 50 ci-dessus.

Ceux dont les montants n'ont pu être recouverts après épuisement de toutes les voies de droit exercées par le comptable public, sont admis en non-valeurs, dans les conditions fixées par la législation et de réglementation en vigueur.

### DISPOSITIONS FINALES

**Article 70 :** Les textes réglementaires prévus par la présente loi doivent être publiés avant le 31 décembre 1990.

Ils fixeront également toutes dispositions de nature à assurer une bonne gestion des finances publiques

**Article 71 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires à celles de la présente loi.

**Article 72 :** La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Août 1990

Chadli BENDJEDID.

**Loi 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique (rectificatif).**

**Journal officiel n° 35 du 15 août 1990**

Page 981, 2<sup>ème</sup> colonne, Art. 48/2

**Au lieu de :**

- L'indisponibilité des crédits et sauf pour l'Etat
- L'indisponibilité de trésorerie

**Lire :**

- L'indisponibilité des crédits et, sauf pour l'Etat, l'indisponibilité de trésorerie

(Le reste sans changement)

Le Chef du Gouvernement,  
Sur rapport du ministre de l'économie,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4 et 116 alinéa2 ;  
Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 relative aux lois de finances modifiée et complétée ;  
Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;  
Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, notamment son article 2 ;  
Vu la loi n° 90-32 du 4 décembre 1990 relative à l'organisation et au fonctionnement de la Cour des comptes ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions de l'article 2 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, le présent décret a pour objet de fixer les procédures, les modalités ainsi que le contenu de la comptabilité tenue par les ordonnateurs et les comptables publics.

**TITRE I  
DISPOSITIONS GENERALES  
Chapitre 1  
Comptabilité des organismes publics**

**Article 2 :** La comptabilité des administrations de l'Etat, du Conseil constitutionnel, de l'Assemblée populaire nationale, de la Cour des comptes, des services dotés de budgets annexes, des collectivités territoriales et des établissements publics à caractère administratif, à pour objet la description et le contrôle des opérations financières, ainsi que l'information des autorités de contrôle et de gestion

**Article 3 :** La comptabilité visée à l'article 2 ci-dessus est constituée par :

une comptabilité administrative tenue par les ordonnateurs définis aux articles 25, 26, 27, 28 et 29 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990, permettent le suivi de l'exécution des opérations budgétaires des organismes publics ;  
des comptabilités tenues par les comptables publics comprenant ;  
une comptabilité générale permettant ;  
la connaissance et le contrôle des opérations budgétaires et des opérations de trésorerie ;  
la détermination des résultats annuels ;  
une comptabilité spéciale des matières, valeurs et titres ;  
et à terme une comptabilité analytique permettant le calcul des prix de revient et des coût de services.

**Article 4 :** La comptabilité générale est tenue par année civile.

**Article 5 :** La comptabilité générale est tenue selon la méthode de la partie double.

**Chapitre 2  
ORDONNATEURS**

**Article 6 :** Les ordonnateurs sont soit primaires ou principaux, soit secondaires.

**Article 7 :** Les ordonnateurs primaires ou principaux sont ceux qui émettent des ordonnances de paiement au profit des créanciers, des ordres de recettes à l'encontre des débiteurs et des ordonnances de délégation de crédits au profit des ordonnateurs secondaires.

**Article 8 :** Les ordonnateurs secondaires sont ceux qui émettent des mandats de paiement au profit des créanciers dans la limite des crédits délégués et des ordres de recettes à l'encontre des débiteurs.

**Chapitre 3  
COMPTABLES PUBLICS**

**Article 9 :** Les comptables publics sont principaux ou secondaires et agissent en qualité d'assignataire ou de mandataire.

**Article 10 :** Les comptables principaux sont ceux qui sont chargés de l'exécution des opérations financières effectuées dans le cadre de l'article 26 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 susvisée.

**Article 11 :** Les comptables secondaires sont ceux dont les opérations sont centralisées par un comptable principal.

**Article 12 :** Les comptables assignataires sont habilités à imputer définitivement dans leurs écritures les opérations ordonnées sur leur caisse et pour lesquelles ils doivent rendre compte à la cour des comptes.

**Article 13 :** Les comptables mandataires sont ceux qui exécutent des opérations pour le compte des comptables assignataires.

**TITRE II  
ETAT  
Chapitre 1  
COMPTABILITE DES ORDONNATEURS**

**Article 14 :** Les ordonnateurs principaux et secondaires de l'Etat tiennent une comptabilité administrative des recettes et de dépenses.

**Section 1  
Recettes**

**Article 15 :** La comptabilité administrative des recettes retrace :  
les créances constatées et liquidées,  
les ordres de recettes émis ainsi que les réductions ou annulations opérées sur ces ordres,  
les recouvrements effectués sur ses ordres.

**Section 2  
Dépenses  
Sous-section 1  
Engagements**

**Article 16 :** La comptabilité des engagements a pour objet de déterminer tout moment le montant des engagements pris par rapport aux autorisations de programmes ou aux crédits de paiement et le montant des soldes disponibles.

**Article 17 :** La comptabilité des engagements tenue par les ordonnateurs en matière de dépenses de fonctionnement retrace :  
les crédits ouverts ou délégués par chapitre et par article,  
les délégations de crédits accordées aux ordonnateurs secondaires,  
les engagements effectués,  
les soldes disponibles.

**Article 18 :** Les ordonnateurs principaux et secondaires engagent les dépenses de fonctionnement de l'Etat dans les limites des crédits ouverts ou délégués à l'exception des crédits évaluatifs

**Article 19** : Les comptabilités des engagements tenues par les ordonnateurs en matières de dépenses d'équipement et d'investissement retracent ;

les engagements effectués sur les autorisations de programme et leurs modifications successives.

les engagements effectués au titre des délégations d'autorisation de programme,  
les soldes disponibles.

**Article 20** : Les ordonnateurs principaux notifient dans la limite des autorisations de programme, des ordonnances de délégation d'autorisations de programme aux ordonnateurs secondaires.

**Article 21** : Les ordonnateurs principaux et secondaires engagent les dépenses d'équipement et d'investissement dans les limites des autorisations de programme.

**Article 22** : Les ordonnateurs rendent compte des engagements effectués par des situations mensuelles.

**Article 23** : Les crédits de paiement ouverts en matière de dépenses d'équipement et d'investissement sont mis à la disposition des ordonnateurs par voie de décision ou de délégation,

Les ordonnateurs principaux notifient aux ordonnateurs secondaires dans la limite des crédits de paiement mis en place, les délégations de crédits de paiement.

## **Sous-section 2 Ordonnancements**

**Article 24** : La comptabilité des ordonnancements et des mandatement tenu pas les ordonnateurs retrace :

les crédits ouverts ou délégués,  
les délégations de crédits accordées aux ordonnateurs secondaires,  
le montant disponibles,

**Article 25** : Les ordonnances de paiement émises par les ordonnateurs principaux dans la limite des crédits ouverts, sont assignées payables sur la caisse du trésorier central ou du trésorier principal,

Les ordonnances de paiement émises par l'ordonnateur principal des budgets annexes, sont soumises aux règles propres à ces budgets.

**Article 26** : Les mandats de paiements émis par les ordonnateurs secondaires dans la limite des crédits délégués par les ordonnateurs principaux, sont assignés payables sur la caisse des trésoriers de wilaya territorialement compétents.

**Article 27** : Les ordonnateurs rendent compte des mandats de paiement admis en dépense, par des situations mensuelles.

**Article 28** : La date de clôture des ordonnancements et des mandatement est fixée au 25 décembre de l'année à laquelle ils se rapportent.

## **Chapitre 2 COMPTABILITE DES COMPTABLES DE L'ETAT**

**Article 29** : Les comptables de l'Etat tiennent une comptabilité générale et des comptabilités spéciales matières, valeurs et titres.

### **Section 1 Comptabilité générale**

**Article 30** : Les opérations financières des administrations de l'Etat, des comptes spéciaux du trésor et des budgets annexe sont comptabilisées par les comptables de l'Etat conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 relative aux lois de finances, modifiée et complétée,

**Article 31** : Ont la qualité de comptables principaux d l'Etat :

l'agent comptable central du trésor,  
le trésorier central,  
le trésorier principal,  
les trésoriers de wilaya,  
les agents comptables des budgets annexes,

**Article 32** : Ont la qualité de comptables secondaires :

les receveurs des impôts,  
les receveurs des domaines,  
les receveurs des douanes,  
les conservateurs des hypothèques.

**Article 33** : Ont la qualité de comptables secondaires des postes et télécommunications :

les receveurs des postes et télécommunications :  
les chefs de centre des postes et télécommunications,

**Article 34** : Les comptables principaux établissent dans les conditions fixées par le ministre chargé des finances, l'accord de leurs écritures avec celles des ordonnateurs tant en ce qui concerne les ordres de recettes émis et recouvrées que les ordonnances ou mandats émis et admis en dépense.

**Article 35** : Les écritures des comptables de l'Etat sont tenues selon la méthode de la partie double, conformément aux règles générales édictées par le ministre chargé des finances.

**Article 36** : Les comptables principaux transmettent à l'agent comptable central du trésor mensuellement et en fin de gestion, la balance en derniers et en valeurs de leurs grands livres.

Ils adressent en outre à ce comptable, tous relevés et documents prévus par les instructions en vigueur.

**Article 37** : Les comptables secondaires adressent mensuellement et directement aux comptables principaux de rattachement, les documents et relevés aux fins de centralisation de recettes et de dépenses, selon les modalités fixées par le ministre chargé des finances.

**Article 38** : Nonobstant la centralisation par les comptables principaux des écritures telles que définie à l'article 11 ci-dessus, les comptables secondaires de meurent responsables des opérations dont ils sont assignataires.

### **Sous-section 1 Opérations budgétaires**

**Article 39** : La comptabilité des opérations budgétaires de l'Etat retrace :

en matière de recettes :

les prises en charge des ordres de recettes,  
les recouvrements effectués,  
les restes à recouvrer,

en matière de dépenses de fonctionnement :

les crédits ouverts ou délégués par chapitre,  
les ordonnances ou mandats admis en dépenses  
le solde disponible

en matière de dépenses d'équipement et d'investissement :

les autorisations de programmes et leurs modifications successives,  
les engagements par opération,



les crédits ouverts ou délégués par chapitre,  
les ordonnances ou mandats admis en dépenses,  
le solde des autorisations de programme,  
le solde des crédits de paiement disponibles.

**Article 40 :** En cas matière d'opération de trésorerie, les comptables principaux tiennent une comptabilité des mouvements de fonds en numéraire, en valeurs en comptes de dépôts, en comptes courants et en comptes de créances et de dettes.

**Article 41 :** Les opérations de trésorerie décrivent également les fonds consignés au profit des particuliers, les encaissements et décaissements provisoires et les opérations de transfert.

## **Section 2** **Comptabilités spéciales**

**Article 42 :** Les comptabilités spéciales retracent l'inventaire physique et financier des matières, valeurs et titres auxquels elles s'appliquent.

## **Section 3** **Résultats annuels et comptes de fin d'année**

**Article 43 :** Les comptes de résultats décrivent le solde de l'ensemble des opérations réalisées par l'Etat au titre de chaque gestion.

**Article 44 :** Le compte général de l'Etat comprend :

la balance générale des comptes telle quelle résulte de la synthèse des comptes de l'Etat,

le développement des recettes budgétaires,

le développement des dépenses budgétaires faisant apparaître pour chaque département ministériel le montant des dépenses pour chaque chapitre, certifié par le ministre,

le développement des opérations constatées aux comptes spéciaux du trésor,

le développement des comptes de résultats,

## **Section 4** **Comptabilité de l'Etat**

**Article 45 :** La comptabilité de l'Etat est tenue conformément au plan comptable établi par arrêté du ministre chargé des finances.

La comptabilité de l'Etat est centralisée par l'agent central du trésor.

**Article 46 :** Les règles générales applicables à la tenue des comptes ouverts à la nomenclature des comptes du trésor, font l'objet d'instructions du ministre chargé des finances.

## **TITRE III** **COLLECTIVITES TERRITORIALES**

**Article 47 :** Conformément à l'article 25 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, le wali est ordonnateur principal sur le budget de la wilaya et le président de l'assemblée populaire communale est ordonnateur principal sur le budget de la commune.

### **Chapitre 1** **Comptabilité des ordonnateurs**

**Article 48 :** Les ordonnateurs principaux de la wilaya et de la commune tiennent une comptabilité administrative des recettes et des dépenses.

**Article 49 :** La comptabilité administrative des recettes tenue par les ordonnateurs des budgets des wilayas et de commune retrace :

les prévisions,

les fixations

les réalisations,

les restes à réaliser.

La réalisation des recettes est effectuée au moyen d'ordres de recettes émis par les ordonnateurs.

**Article 50 :** La comptabilité administrative des ordonnateurs permet de connaître à tout moment et en fin d'exercice :

les prévisions de recettes et de dépenses,

les crédits disponibles pour engagement,

les recettes et les dépenses réalisées,

l'emploi fait des recettes gravées d'affectation spéciale.

**Article 51 :** La comptabilité des engagements retrace par chapitre et par article :

le montant des prévisions,

le montant des engagements,

les soldes disponibles

**Article 52 :** La comptabilité des ordonnancements retrace :

les fixations ou engagements,

les ordonnancements ou réalisations,

les crédits disponibles ou restes à réaliser

### **Chapitre 2** **Comptabilités des comptables**

**Article 53 :** Le trésorier de wilaya est comptable principal du budget de la wilaya ;

**Article 54 :** Le receveur des impôts est comptable principal du budget de la commune.

**Article 55 :** Les comptables principaux des collectivités territoriales établissent à la clôture de l'exercice un compte de gestion pour la période d'exécution du budget qui se prolonge jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

**Article 56 :** La comptabilité des comptables principaux de la wilaya et de la commune retrace :

en matière de recettes :

les prévisions de recettes

les ordres de recettes émis ainsi que les annulations ou réductions opérées sur ces ordres recettes

les recouvrement effectués,

les restes à recouvrer.

en matière de dépense :

les crédits ouverts,

les dépenses réalisées,

les soldes disponibles

**Article 57 :** Les comptables de la wilaya et de la commune constatent dans leur comptabilité, les opérations budgétaires et les opérations hors budget effectuées pour le compte de ces collectivités.

**Article 58** : Les comptables visés à l'article précédent sont tenus de suivre pour chaque collectivité, la situation de trésorerie dont il peut être fait emploi pour l'acquittement des dépenses.

**Article 59** : Outre les opérations budgétaires, les comptables visés ci-dessus sont chargés d'exécuter les opérations inscrites sur les comptes hors budget, conformément à la réglementation en vigueur ;

#### **TITRE IV ETABLISSEMENTS PUBLICS A CARATERE ADMINISTRATIF**

**Article 60** : Conformément aux dispositions de l'article 26 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, l'ordonnateur principal est le responsable de l'établissement public à caractère administratif.

**Article 61** : Des ordonnateurs secondaires peuvent être désignés selon les modalités prévues par le texte portant création de l'établissement,

##### **Chapitre 1 Comptabilité des ordonnateurs**

**Article 62** : Les ordonnateurs des établissements publics à caractère administratif tiennent une comptabilité administrative des recettes et des dépenses.

**Article 63** : La comptabilité des recettes des ordonnateurs des établissements publics à caractère administratif retrace :  
les créances constatées et liquidées,  
les ordres de recettes ainsi que les réductions ou annulations opérées sur ces ordres,  
les recouvrements effectués sur ces ordres.

**Article 64** : La comptabilité des engagements permet de déterminer à tout moment des engagements effectués par rapport aux crédits disponibles.

**Article 65** : La comptabilité des ordonnancements retrace :  
le montant des crédits ouverts ou délégués,  
le montant des ordonnances admises,  
les soldes disponibles.

Les ordonnateurs secondaires rendent compte des mandats de paiement admis en dépense, par des situations mensuelles qu'ils adressent à l'ordonnateur principal.

##### **Chapitre 2 Comptabilité des comptables**

**Article 66** : Les ordonnances de paiement émises par les ordonnateurs principaux dans les limites des crédits ouverts sont assignées payables sur la caisse de l'agent comptable principal de l'établissement.

**Article 67** : La tenue de la comptabilité et le maniement des fonds des établissements publics à caractère administratif, sont confiés à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre chargé des finances.

**Article 68** : Des comptables secondaires sont agréés par le ministre chargé des finances ou son représentant lorsque des ordonnateurs secondaires sont prévus par le texte portant création de l'établissement.

**Article 69** : L'ordonnateur principal émet des délégations de crédits au profit des ordonnateurs secondaires ;

**Article 70** : La couverture des dépenses effectuées par l'ordonnateur secondaire est assurée par des fonds, mis à sa disposition par l'ordonnateur principal.

**Article 71** : Les fonds disponibles dégagés à la clôture de la gestion, sont reversés par les comptables secondaires à l'agent comptable principal de l'établissement.

**Article 72** : Le comptable secondaire rend compte des paiements effectués, par des situations mensuelles qu'il adresse à l'agent comptable principal.

**Article 73** : L'agent comptable principal et le comptable secondaire, sont astreints à la production d'un compte de gestion pour les opérations dont ils sont assignataires.

**Article 74** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 septembre 1991

**Sid Ahmed GHOZALI**



Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre des finances ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n°63-198 du 8 juin 1963, modifiée et complétée, instituant une agence judiciaire du trésor ;

Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990, modifiée et complétée, relative à la comptabilité publique ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la cour des comptes ;

Vu le décret présidentiel n° 02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-60 du 23 février 1991, modifiée et complétée, déterminant l'organisation et les attributions des services extérieurs de l'administration fiscale ;

Vu le décret exécutif n° 91-129 du 11 mai 1991, modifiée et complétée, relatif à l'organisation, aux attributions et au fonctionnement des services extérieurs du trésor ;

Vu le décret exécutif n° 91-311 du 7 septembre 1991 relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 91-313 du 7 septembre 1991 fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 92-118 du 14 mars 1992, modifiée et complétée, fixant la liste, les conditions d'accès et la classification des postes supérieur des services extérieurs du trésor ;

Vu le décret exécutif n° 92-120 du 14 mars 1992 modifiée et complétée, fixant la liste, les conditions d'accès et la classification des postes supérieurs des structures locales de l'administration fiscale ;

Vu le décret exécutif n° 95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 modifiée et complétée, fixant les attributions du ministre des finances, notamment son article 7 (alinéa 4) ;

Vu le décret exécutif n° 95-55 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 modifiée et complétée portant organisation de l'administration centrale du ministre des finances ;

Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>.** Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter les dispositions des articles 32 et 54 du décret exécutif n° 91-313 du 7 septembre 1991 susvisé.

**Article 2.** Les dispositions de l'article 32 du décret exécutif n° 91-311 du 7 septembre 1991, susvisé, sont complétées comme suit :

« **Art. 32.** Ont la qualité de comptables secondaires :

les trésoriers communaux

les trésoriers des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires,

les receveurs des impôts,

les receveurs des domaines,

les receveurs des douanes,

les conservateurs des hypothèques »

**Article 3.** Les dispositions de l'article 54 du décret exécutif n° 91-313 du 7 septembre 1991, susvisé, sont modifiées comme suit :

« **Art. 54.** Le trésorier communal est comptable principal du budget de la commune.

le trésorier du secteur sanitaire et du centre hospitalo-universitaire est comptable principal des budgets desdits organismes ».

**Article 4.** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Dhou El Kaâda 1423 correspondant au 19 janvier 2003.

**Ali BENFLIS**

Le Chef du Gouvernement ;  
Sur le rapport du ministre de l'économie,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu l'ordonnance n° 65-320 du 31 décembre 1965 portant loi de finances pour 1966 et notamment ses articles 24 et 25 ;  
Vu la loi n° 79-09 du 31 décembre 1979 portant loi de finances pour 1980 ;  
Vu la loi n° 84-17 du 7 Juillet 1984, modifiée et complétée relative aux lois de finances ;  
Vu la loi n° 89-16 du 11 décembre 1989 portant organisation et fonctionnement des assemblée populaire nationale, notamment ses articles 115 et 117 ;  
Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;  
Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la Wilaya ;  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;  
Vu la loi n° 90-32 du décembre 1990 relative à l'organisation et au fonctionnement de la cour des comptes ;  
Vu le décret n° 64-57 du 10 février 1964, modifiant et complétant la compétence du contrôleur financier de l'Etat ;  
Vu le décret n° 69-28 du 21 février 1969 portant modification de la répartition des attribution du ministère d'Etat chargé des finances et du plan en matière de contrôle financier ;  
Vu le décret n° 82-145 du 10 avril 1982, modifié et complété portant réglementation des marchés de l'opérateur public ;  
Vu le décret exécutif n° 90-190 du 23 juin 1990 portant organisation de l'administration centrale du ministère de l'économie ;  
Vu le décret exécutif n° 90-334 du 27 octobre 1990 portant statut particulier des corps spécifiques du ministère de l'économie ;

**Décète :**

### **Chapitre 1 Dispositions Générales**

**Article 1 :** Le présent décret a pour objet de préciser le champ d'intervention du contrôle des dépenses engagées ainsi que les règles qui lui sont applicables.

**Article 2 :** Le contrôle des dépenses engagées s'applique aux budgets des institutions et administrations de l'Etat, aux budgets annexes, aux comptes spéciaux du trésor, aux budgets des wilayas et des établissements publics à caractère administratif.

Les budgets de l'Assemblée populaire communale et de la commune restent régis par les dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables.

**Article 3 :** Des modalités de contrôle appropriés, peuvent être définies pour certains secteurs ou certaines catégories de dépenses selon le cas, par arrêté du ministre chargé du budget ou par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre techniquement concerné.

**Article 4 :** Le contrôle préalable des dépenses engagées est exercé par les contrôleurs financiers assistés de contrôleurs financiers adjoints conformément aux dispositions du présent décret et des statuts particuliers qui les régissent.

Les contrôleurs financiers et les contrôleurs financiers adjoints sont nommés par le ministre chargé du budget.

### **Chapitre 2 Conditions de délivrance du visa**

**Article 5 :** Sont soumis préalablement à leur signature, au visa du contrôleur financier, les actes comportant un engagement de dépenses ci-après énumérées:

les actes de nomination, de confirmation et ceux concernant la carrière et la rémunération des fonctionnaires, à l'exception de l'avancement d'échelon;

les états nominatifs établis à la clôture de chaque exercice budgétaire;

les états matrices initiaux établis des le début de l'année ainsi que les états matrices modificatifs intervenant au cours de l'année budgétaire.

**Article 6 :** Les engagements de dépense de fonctionnement et d'équipement ou d'investissement, sont également soumis au visa du contrôleur financier.

**Article 7 :** Sont en outre au visa du contrôleur financier :

Tout engagement appuyé de bons de commandes ou de factures proforma, lorsque le montant ne dépasse pas le seuil de passation des marchés publics,

Toute décision ministérielle portant subvention, délégation de crédits ou prise en charge de rattachement et transfert de crédits,

Tout engagement relatif aux remboursements de frais, aux chargés annexes ainsi qu'aux dépenses sur régies, justifié par des factures définitives.

**Article 8 :** Toutes les formes d'engagements définies aux articles (5, 6 et 7 ci-dessus, donnent lieu à l'établissement par l'ordonnateur, d'une fiche d'engagement appropriée dont la contexture est fixée par le ministre chargé du budget.

Cette fiche d'engagement est accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives de la dépense.

**Article 9 :** Conformément aux dispositions de l'article 58 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 susvisée, les engagements et des actes citées aux articles 5, 6 et 7 ci-dessus doivent recueillir de visa du contrôleur financier après vérifications des éléments ci-après :

La qualité de l'ordonnateur telle que définie par la loi précitée notamment son article 23 ;

Leur stricte conformité avec les lois et règlements en vigueur ;

La disponibilité des crédits ou des postes budgétaires ;

L'imputation régulière de la dépense ;

La concordance du montant de l'engagement avec les éléments contenus dans les documents y annexés ;

L'existence des visa ou des avis préalablement délivrée par une autorité administrative habilitée à cet effet, lorsqu'un tel visa est prescrite par la réglementation en vigueur.

**Article 10 :** Le contrôle des dépenses engagées est sanctionné par un visa apposé sur une fiche d'engagement et le cas échéant sur les documents justificatifs, lorsque l'engagement remplit les conditions prévues à l'article 9 ci-dessus.

Les engagements frappés d'irrégularité ou non conformes à la réglementation font l'objet d'un rejet provisoire ou définitif selon le cas.

**Article 11 :** Le rejet provisoire est notifié dans les cas ci-après :

proposition d'engagement entachée d'irrégularité susceptibles d'être corrigée ;

absence ou insuffisance de pièces justificatives requises ;

omission d'une mention substantielle sur les documents y annexés.

**Article 12 :** La notification du rejet définitif est motivée par :

la non conformité des propositions d'engagements aux lois et règlements en vigueur ;

l'indisponibilité des crédits ou des postes budgétaires ;

le non respect par l'ordonnateur des observations consignées dans la note de rejet provisoire.

**Article 13 :** Dans les cas prévus aux articles 11 et 12 ci-dessus l'ordonnateur doit être renseigné sur tous les motifs de rejet.

### **Chapitre 3** **Les délais d'exécution du contrôle préalable des dépenses engagées**

**Article 14 :** Les dossiers d'engagements diligentés par l'ordonnateur et soumis au contrôle préalable, sont examinés et vérifiés dans un délai de dix (10) jours.

Toutefois, ce délai est porté à vingt (20) jours pour les dossiers, qui de par leur complexité, nécessitent une étude approfondie.

**Article 15 :** Les délais prévus à l'article 14 ci-dessus, courent à partir de la date de réception de la fiche d'engagement par le service du contrôle financier.

Le rejet provisoire expressément motivé, a pour effet de suspendre les délais précités.

**Article 16 :** La date de clôture des engagements de dépense de fonctionnement, est fixée au 10 décembre de l'année à laquelle ils se rapportent.

Cette date, est prorogée au 20 décembre de la même année, pour les dépenses énumérées ci-après :

équipement et investissement ;  
dépenses effectuées par régie ;  
actes relatifs à la gestion de la carrière des fonctionnaires ;  
états de salaires des personnels vacataires et journaliers.

**Article 17 :** Les dispositions de l'article 16 ci-dessus ne s'appliquent pas au budget décentralisé de la wilaya qui demeure soumis aux dispositions réglementaires qui le régissent.

### **Chapitre 4** **Le passer outre**

**Article 18 :** En cas de rejet définitif d'un engagement de dépenses prévu aux articles 6-7 du présent décret, l'ordonnateur peut passer outre, sous sa responsabilité, par décision motive dont il tient informé le ministre chargé du budget.

Le ministre ou le wali concerné, selon le cas, est systématiquement rendu destinataire du dossier ayant fait l'objet d'un passer outre.

**Article 19 :** Le passer outre cité à l'article 18 ci-dessus, ne peut intervenir en cas de rejet définitif prononcé en raison de :

la qualité de l'ordonnateur ;  
l'indisponibilité ou l'absence de crédits ;  
l'absence des visa ou des avis préalables prévus par la réglementation en vigueur ;  
l'absence des pièces justificatives à l'engagement ;  
l'imputation irrégulière d'un engagement dans le but de dissimuler, soit un dépassement de crédits, soit une modification des crédits ou des concours budgétaires.

**Article 20 :** L'engagement accompagné de la décision de passer outre est adressé au contrôleur financier pour visa en compte avec référence au numéro et à la date passer outre.

**Article 21 :** Le contrôleur financier transmet pour information, une copie du dossier d'engagement ayant fait l'objet d'un passer outre, au ministre chargé du budget.

**Article 22 :** Dans tous les cas, les institutions spécialisées de contrôle sont rendues destinataires d'une copie du dossier, par le ministre chargé du budget.

### **Chapitre 5** **Missions liées à l'exercice du contrôle**

**Article 23 :** Outre les attributions qui lui sont conférées par les statuts particuliers, le contrôle financier est chargé :

de tenir des registres de consignation des visa et des rejets ;  
de tenir une comptabilité des engagements, dans les conditions fixées aux articles ci-dessus.

**Article 24 :** A l'occasion des missions qu'il assure ; le contrôleur financier transmet au ministre chargé du budget, des situations périodiques destinées à renseigner les services compétents, sur l'évolution des engagements de dépenses et des effectifs.

**Article 25 :** Au terme de chaque exercice budgétaire le contrôleur financier adresse au ministre chargé du budget à titre de compte rendu, et aux ordonnateurs à titre d'information, un rapport relatant les conditions d'exécution les difficultés éventuelles rencontrées en matière d'application de la réglementation, les anomalies constatées dans la gestion des deniers publics ainsi que toutes suggestions de nature à améliorer les conditions d'exécution des dépenses budgétaires.

**Article 26 :** Sur la base des rapports annuels prévus à l'article 25 ci-dessus, les services compétents du ministre chargé du budget élaborent un rapport de synthèses générales diffusé à l'ensemble des administrations concernées et institutions de contrôle.

### **Chapitre 6** **La comptabilité des engagements**

**Article 27 :** La tenue de la comptabilité des engagements prévue à l'article 23 ci-dessus, a pour objet de déterminer à tout moment des engagements effectués sur les crédits inscrits au budget de fonctionnement ou à l'autorisation de programme et le montant des soldes disponibles.

**Article 28 :** La comptabilité des engagements tenue par contrôleur financier en matière de dépense de fonctionnement retrace :

les crédits ouverts ou délégués par chapitre et article ;  
les rattachements de crédits ;  
les transferts et virements de crédits ;  
les délégations de crédits accordés aux ordonnateurs secondaires ;  
les engagements effectués ;  
les soldes disponibles.

**Article 29 :** La comptabilité des engagements tenue par le contrôleur financier en matière de dépenses d'équipement et d'investissements retrace pour chaque opération :

les autorisations de programme et le cas échéant les réévaluations successives ;  
les délégations d'autorisation de programme ;  
les soldes disponibles.

### **Chapitre 7** **Dispositions particulières**

**Article 30 :** Conformément aux dispositions des articles 27, 28 et 29 de la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 susvisée les dépenses y énumérées, reçoivent après vérification, un visa même en cas d'insuffisances de crédits.

Ces engagements sont accompagnés de toutes les pièces justificatives nécessaires à leur identification.

**Chapitre 8**  
**Dispositions particulières**

**Article 30** : Conformément aux dispositions des articles 27, 28, et 29 de la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 susvisée les dépenses y énumérées, reçoivent après vérification, un visa en cas d'insuffisances de crédits.

Ces engagements sont accompagnés de toutes les pièces justificatives nécessaires leur identification.

**Chapitre 8**  
**Responsabilités du contrôleur financier et du contrôleur financier adjoint**

**Article 31** : Le contrôleur financier est responsable du fonctionnement de l'ensemble des services placés sous autorité et des visas qu'il délivre.

**Article 32** : Le contrôleur financier adjoint, dans la limite des attributions qui lui sont déléguées par le contrôleur financier, est responsable des actes qu'il accomplit et des visa qu'il délivre au titre du contrôle préalable tel défini par le présent décret.

**Article 33** : La responsabilité prévue aux articles 31 et 32 du présent décret est toutefois dégagée lorsqu'il est fait application des dispositions de l'article 18 ci-dessus.

**Article 34** : Les contrôleurs financiers et les contrôleurs financiers adjoints sont tenus le secret professionnel à l'occasion des dossiers examinés et des actes dont ils prennent connaissance.

Dans l'exercice de leurs fonctions, ils sont protégés contre toute pression ou intervention de nature à nuire à l'accomplissement de leur mission

**Article 35** : Toutes dispositions à celles du présent décret sont abrogées.

**Article 36** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 14 Novembre 1992

**Belaid ABDESSELAM**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de l'économie ;  
Vu la Constitution notamment ses articles 81-4 et 116 alinéa 2  
Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 relative aux lois de finances, modifiée et complétée ;  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique notamment ses articles 47 et 48.

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Lorsque les comptables publics ont, conformément aux dispositions de l'article 47 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, suspendu le paiement d'une dépense, les ordonnateurs peuvent les requérir de payer par écrit et sous leur responsabilité.

**Article 2** : L'ordre de réquisition doit comporter pour chaque dépense rejetée outre les motifs le justifiant, la mention « le comptable est requis de payer ».

**Article 3** : Les comptables publics qui défèrent à une réquisition doivent en rendre compte dans un délai de quinze (15) jours au ministre chargé des finances.

Le compte rendu accompagné d'une copie des documents comptables retrace de façon détaillée les motifs du refus de paiement.

**Article 4** : Le ministre chargé des finances peut, en cas de besoin, demander un complément d'information à l'ordonnateur.

**Article 5** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire

Fait à Alger, le 17 septembre 1991

**Sid Ahmed GHOZALI**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de l'économie,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4 et 116 alinéa 2 ;  
Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 relative aux lois de finances, modifiée et complétée ;  
Vu la loi n° 84-21 du 24 décembre 1984 portant loi de finances pour 1985, notamment son article 189,  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, notamment ses articles 37 et 68 ;  
Vu la loi n° 90-32 du 4 décembre 1990 relative à l'organisation et au fonctionnement de la Cour des comptes :

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Conformément aux dispositions des articles 37, 65,68 et 69 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, le présent décret a pour objet de définir les délais de paiement des dépenses de recouvrement des ordres de recettes et des états exécutoires, la procédure de leur admission en non valeurs, ainsi que celle des amendes et condamnations pécuniaires.

#### CHAPITRE I

##### DELAIS DE PAIEMENT

**Article 2 :** Les ordonnances et mandats de paiement sont émis et transmis par les ordonnateurs entre le 1<sup>er</sup> et le 20<sup>ème</sup> jour de chaque mois, aux comptables publics chargés de procéder à leur admission en dépense.

**Article 3 :** Les ordonnances et mandats de paiement émis par l'ordonnateur, sont admis en dépense par les comptables publics dans un délai maximum de dix (10) jours à compter de la date de leur réception.

Ils sont comptabilisés au titre du mois de leur réception.

**Article 4 :** En cas de non conformité de l'ordonnance ou du mandat de paiement avec les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, les comptables publics signifient aux ordonnateurs par écrit, dans un délai maximum de vingt (20) jours à compter de la date de réception de l'ordonnance ou du mandat, leur refus de payer dûment motivé.

**Article 5 :** Après admission en dépenses, un exemplaire de l'ordonnance ou du mandat revêtu de la mention de règlement est transmis par les comptables publics aux ordonnateurs.

#### CHAPITRE II

##### DELAIS DE RECouvreMENT

**Article 6 :** Les ordres de recettes relatifs au recouvrement des créances étrangères à l'impôt et au domaine doivent être émis par les ordonnateurs, dans un délai maximum de trente (30) jours après leur constatation.

**Article 7 :** L'ordre de recède doit indiquer les bases de sa liquidation et comporter toutes les indications nécessaires à l'identification exacte du débiteur ainsi qu'à l'imputation de la créance.

**Article 8 :** Toute erreur de liquidation au préjudice du débiteur donne lieu à l'émission d'un ordre d'annulation ou de réduction de recette.

**Article 9 :** Après avoir satisfait aux obligations définies à l'article 35 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 susvisée, les comptables publics procèdent à la prise en charge dans leurs écritures des ordres de recel émis par les ordonnateurs.

**Article 10 :** L'avis d'émission de l'ordre de recette pris en charge par les comptables publics est transmis par ces derniers au débiteur, dans un délai de huit (8) jours, par envoi recommandé avec accusé de réception.

**Article 11 :** Pour toutes les créances et à l'exclusion de celles relatives aux retenues sur rémunérations, régies par la législation en vigueur, les comptables publics peuvent, à la demande justifiée des débiteurs, accorder des délais de paiement pour une période de six (6) mois.

**Article 12 :** Lorsque le débiteur est bénéficiaire d'une créance autre que le traitement ou salaire, les comptables publics peuvent effectuer une retenue sur celle créance, en paiement des sommes restant dues sur l'ordre de recette pris en charge dans leurs écritures.

**Article 13 :** En cas de non paiement dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de signification de l'avis d'émission de l'ordre de recette, les comptables publics doivent rappeler aux débiteurs par sommation sans frais écrite, l'obligation qui leur est faite de s'acquitter de leur dette dans un délai de vingt (20) jours.

#### CHAPITRE III

##### ETATS EXECUTOIRES

**Article 14 :** Si à la suite de la sommation sans frais qui leur est adressée, les débiteurs ne se sont pas acquittés de leur dette, l'ordre de recette est alors rendu exécutoire à la demande des comptables publics.

**Article 15 :** Les ordres de recettes sont rendus exécutoires par les ordonnateurs ayant procédé à leur émission.

**Article 16 :** L'acte tendant à rendre exécutoire un ordre de recette consiste en l'apposition sur la copie de l'ordre de recette certifiée conforme par les comptables publics assignataires, de la mention suivante, revêtu de la signature de l'ordonnateur : "arrêté le présent ordre à la somme de.....pour valoir état exécutoire, conformément à l'article 68 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990".

**Article 17 :** Les ordonnateurs renvoient aux comptables publics assignataires, les ordres de recettes rendus exécutoires, dans un délai maximum de quinze (15) jours.

**Article 18 :** Les ordres de recettes rendus exécutoires, prennent la dénomination d'états exécutoires et sont transmis par les comptables assignataires aux fins de recouvrement forcé, suivant bordereau d'envoi établi en double exemplaire, aux receveurs des impôts du lieu de résidence des débiteurs.

Ces derniers, après prise en charge de l'état exécutoire retournent aux comptables assignataires un exemplaire du bordereau d'envoi revêtu de la mention d'accusé de réception et de prise en charge, dans un délai maximum de huit (8) jours.

**Article 19 :** Les états exécutoires sont pris en charge par les receveurs des impôts sur un registre spécial où seront consignées les différentes poursuites engagées.

**Article 20 :** Les receveurs des impôts sont responsables du recouvrement des états exécutoires pris en charge dans leurs écritures et exercent les poursuites à rencontre des débiteurs concernés, comme en matière d'impôts directs, conformément à l'article 50 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique.

#### CHAPITRE IV

##### LES OPPOSITIONS

**Article 21 :** Le recouvrement des états exécutoires est poursuivi jusqu'à opposition du débiteur devant la juridiction compétente, conformément aux dispositions de l'article 67 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique.

## CHAPITRE V

### ADMISSION EN NON VALEURS DES CREANCES ETRANGERES A L'IMPOT ET AU DOMAINE

**Article 22** : L'admission en non valeurs a pour seul effet de décharger le comptable public de sa responsabilité, mais elle ne libère pas les redevables, à l'égard desquels le recouvrement forcé doit être repris, s'ils reviennent a meilleure fortune.

**Article 23** : Lorsque les poursuites effectuées, comme en matière d'impôts directs, s'avèrent infructueuses, le receveur des impôts procède à la réduction d'office de ses prises en charge du montant des états exécutoires non recouverts et les renvoie au comptable assignataire, appuyés des pièces justificatives d'irrecouvrabilité.

Sont considérés comme irrecouvrables, les créances dont les débiteurs sont décédés, disparus sans laisser de biens saisissables ou poursuivis sans succès.

**Article 24** : Les comptables publics peuvent demander l'admission en non valeurs des états exécutoires dont le recouvrement entrepris par les receveurs des impôts s'est avéré infructueux.

A cet effet, ils établissent un état des créances restant à recouvrer faisant ressortir d'une manière distincte, les créances dont l'admission en non valeurs est demandée.

**Article 25** : Les comptables publics adressent l'état des restes à recouvrer visé ci-dessus, appuyé des pièces justifiant l'irrecouvrabilité des créances dont l'admission en non valeurs est demandée à l'ordonnateur ayant émis les ordres de recettes.

**Article 26** : Les ordonnateurs fixent par décision, la liste des créances admises en non valeurs.

**Article 27** : A la réception de la décision visée à l'article 26 ci-dessus, le comptable assignataire procède à la réduction de ses prises en charge, pour le montant des admissions en non valeurs, figurant sur la décision de l'ordonnateur.

## CHAPITRE VI

### ADMISSION EN NON VALEURS DES AMENDES ET CONDAMNATIONS PECUNIAIRES

**Article 28** : Les receveurs des impôts peuvent demander l'admission en non valeurs des amendes et condamnations pécuniaires prises en charge dans leurs écritures, après avis des commissions prévues par la législation en vigueur.

**Article 29** : Le présent décret est publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 février 1993.

**Belaid ABDESSLAM**



Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de l'économie;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81.4 et 116 alinéa 2;  
Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 relative aux lois de finances, modifiée et complétée;  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, notamment ses articles 49 et 50;  
Vu la loi n° 90-32 du 4 décembre 1990 relative à l'organisation et au fonctionnement de la Cour des Comptes;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>.** En application des dispositions de l'article 49 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, le présent décret fixe les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des régies de recettes et de dépenses de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics à caractère administratif.

**TITRE I**  
**CREATION ET ORGANISATION**  
**DES REGIES**  
**Section 1**  
**Des régies**

**Article 2 :** Les régies constituent une procédure exceptionnelle d'exécution d'une catégorie de recettes ou de dépenses publiques qui ne peuvent, en raison de leur urgence, souffrir les délais normaux de constatation, d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement.

**Article 3 :** Les régies de recettes et de dépenses sont créées par décision de l'ordonnateur du budget de l'organisme public concerné, après accord écrit du comptable assignataire.

**Article 4 :** La décision de création d'une régie comporte les indications ci-après :

- l'objet,
- le siège,
- la dénomination,
- l'indicatif,
- les chapitres de dépenses ou le compte d'imputation des recettes,
- le montant maximum de l'avance à consentir au régisseur,
- le montant de la dépense unitaire,
- le délai de production des justifications.

**Article 5 :** Chaque régie est identifiée par l'indicatif de l'ordonnateur et un numéro d'ordre.

**Article 6 :** Le montant maximum de l'avance ou plafond de la régie est fixé par chapitre et doit être égal au volume moyen des dépenses trimestrielles de la régie.

**Article 7 :** Par " dépense unitaire " on entend une dépense afférente à une même prestation, à une même livraison ou à un même travail. En matière de salaire la " dépense unitaire " correspond au salaire journalier.

Le montant maximum de la dépense unitaire est fixé périodiquement par le ministre chargé des finances.

**Article 8 :** Les décisions de création de la régie, peuvent faire l'objet de modification affectant en augmentation ou en diminution le plafond de l'avance et la dépense unitaire.

Les modifications peuvent également concerner les chapitres d'imputation de la régie.

**Article 9 :** A l'instar des décisions de création, les décisions portant modification des régies sont établies par l'ordonnateur compétent, après accord écrit du comptable public assignataire.

**Article 10 :** La régie est supprimée par décision de l'ordonnateur compétent. Cette décision est notifiée au comptable assignataire dans un délai maximum de huit jours.

**Section 2**  
**Des régisseurs**

**Article 11 :** Le régisseur choisi parmi les agents titulaires, est nommé par décision de l'ordonnateur de l'organisme public, auprès duquel la régie est instituée.

La nomination du régisseur est soumise à l'agrément du comptable public assignataire.

**Article 12 :** La décision de nomination du régisseur est notifiée par l'ordonnateur:

- au comptable assignataire,
- au contrôleur financier de l'organisme public,
- au régisseur.

**Article 13 :** La désignation éventuelle de sous régisseurs est prononcée également par décision de l'ordonnateur.

**Article 14 :** En cas de changement de titulaire de la régie.

L'ordonnateur nomme un nouveau régisseur dans les conditions prévues à l'article 11 ci-dessus.

Les modalités de passation de service entre le régisseur entrant et le régisseur sortant, seront déterminées en tant que de besoin par le ministre chargé des finances.

**TITRE II**  
**FONCTIONNEMENT DES REGIES**  
**Section I**  
**Régies de recettes**

**Article 15 :** Les impôts, taxes et redevances, prévus aux codes fiscaux, au code des douanes et au code du domaine national ne peuvent être encaissés par l'intermédiaire d'une régie conformément à la législation en vigueur.

La nature des produits à encaisser par régie est fixée par la décision de création visée à l'article 4 ci-dessus.

**Article 16 :** Dans les mêmes conditions que les comptables publics, les régisseurs encaissent les recettes réglées par les redevables, en numéraire ou par remise de chèques.

**Article 17 :** Les régisseurs versent les recettes encaissées par leurs soins au comptable public assignataire.

Le versement des espèces a lieu au minimum, une fois par semaine.

Les chèques bancaires sont remis au plus tard, le lendemain de leur réception, au comptable public assignataire.

Les chèques postaux sont envoyés dans le même délai au centre de chèques postaux qui tient le compte courant postal du régisseur, ou au comptable assignataire, si le régisseur n'est pas titulaire d'un compte courant postal.

## Section 2 Régies de dépenses

**Article 18 :** Sauf dérogation accordée par le ministre chargé des finances, seules les dépenses énumérées ci-après peuvent être supportées par une régie :

- menues dépenses de matériel et de fonctionnement,
- salaires des personnels payés à l'heure ou à la journée,
- avances sur frais de mission,
- travaux exécutés en régie.

**Article 19 :** Il est mis à la disposition de chaque régisseur une avance égale au montant fixé par la décision de création de la régie, et le cas échéant révisé dans la même forme.

**Article 20 :** L'avance est versée par le comptable public assignataire, sur demande du régisseur, au compte de dépôt de fonds, ouvert au nom de la régie de dépense.

**Article 21 :** Le montant de l'avance est supporté par les budgets des organismes publics concernés.

Un crédit d'égal montant est bloqué sur le ou les chapitres budgétaires, sur lesquels sont imputées les dépenses payées par le régisseur. Le ministre chargé des finances précisera les modalités d'application du présent article.

**Article 22 :** Dans les mêmes conditions que les comptables publics, les régisseurs effectuent le paiement des sommes dues aux créanciers, par virement, par chèque, par mandat carte ou en numéraire.

**Article 23 :** Le régisseur remet les pièces justificatives des dépenses payées par ses soins, à l'ordonnateur au plus tard, à la fin de chaque mois.

Toutefois, le régisseur est dispensé de la production des pièces justificatives, pour les dépenses inférieures à un seuil, dont le montant est fixé par le ministre chargé des finances.

**Article 24 :** L'ordonnateur émet pour le montant des dépenses reconnues régulières et revêtues du visa du contrôleur financier, une ordonnance ou un mandat de régularisation, au profit du compte de dépôt de fonds de la régie.

**Article 25 :** A la fin de l'année, et lors de la suppression de la régie, le régisseur est tenu de rétablir à son compte de dépôt de fonds, le montant de l'avance qui lui a été consentie.

**Article 26 :** Conformément aux dispositions de l'article 49 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990, les régisseurs sont personnellement et pécuniairement responsables des opérations de recettes ou de dépenses effectuées par leurs soins.

## Section 3 Dispositions communes

**Article 27 :** Les régisseurs sont astreints à la tenue d'une comptabilité, dont la forme est fixée par le ministre chargé des finances. Cette comptabilité doit faire ressortir à tout moment:

**pour les régies de recettes :**

- les encaissements, les versements et la situation de leur encaisse.

**Pour les régies de dépenses :**

- les avances reçues, les fonds employés et les fonds disponibles.

## TITRE III CONTROLE

**Article 28 :** Les régisseurs sont soumis au contrôle du comptable public assignataire et de l'ordonnateur, auprès duquel ils sont placés. Ils sont soumis également aux vérifications de l'inspection générale des finances et à celles des organes et autorités habilités à contrôler sur place la gestion du comptable public assignataire ou de l'ordonnateur.

**Article 29 :** Lorsqu'un déficit est relevé dans la gestion d'une régie, le régisseur est soumis aux mêmes règles que celles applicables aux comptables publics.

**Article 30 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 mai 1993

**Belaid ABDESSELAM**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DE L'ECONOMIE  
DIRECTION CENTRALE DU TRESOR  
DIVISION DE LA GESTION COMPTABLE  
DES OPERATIONS DU TRESOR PUBLIC

DIRECTION DE LA REGLEMENTATION  
DES INSPECTIONS ET DE LA SYNTHESE

**INSTRUCTION N° 02 DU 30 JAN 1993**

**OBJET:** Justification des dépenses payables sur régies d'avances, d'un montant inférieur à 500 DA.

Réf: Décret législatif n° 93-01 du 19 décembre 1993 portant loi de finances pour 1993, notamment son article 166.

En vertu des dispositions de l'article 166 du décret législatif visé en référence, les ordonnateurs sont dispensés de produire aux comptables assignataires, les factures ou mémoires afférents aux dépenses payables par voie de régie d'avance, dont le montant est inférieur à cinq cents dinars (500 DA).

Toutefois, les ordonnateurs doivent veiller à ce que les dépenses de l'espèce figurent de façon claire et précise, à la page prévue à cet effet sur le bordereau de justification des dépenses payées par les régisseurs.

L'inobservation de cette règle par les ordonnateurs entraînera le rejet systématique par les comptables assignataires, des ordonnances ou mandats de paiement émises dans ce cadre.

Je vous demande de bien vouloir veiller à l'application des dispositions de la présente instruction.

**DESTINATAIRES POUR EXECUTION**

M. le trésorier central

M. le trésorier principal

MM. Les trésoriers des wilayates

(pour notification aux comptables secondaires de l'état et aux agents comptables des E.P.A.

M. l'agent comptable du budget annexe des PTT.

**POUR INFORMATION**

Ministères (pour notification aux ordonnateurs secondaires).

Walis

M. le directeur général du budget

M. Le directeur général des impôts

M. le directeur général du domaine national

M. le directeur général des douanes.

ACCT.

MM. les directeurs régionaux du trésor.

Cour des comptes.

DIRECTION DU BUDGET ET DES MOYENS

**INSTRUCTION N° 354/MSP/DBM/DU 13 JUIN 1995**

La présente Instruction a pour objet de rappeler et de préciser les dispositions réglementaires intervenues dans le cadre des lois de finances, en vue d'améliorer et de simplifier la gestion des Etablissements de Santé.

**I – DE LA GLOBALISATION DES BUDGETS**

Le processus de globalisation des budgets introduit par l'article 165 de la loi de finances pour 1995 poursuit, en particulier, les objectifs suivants :

**1 LA DECENTRALISATION DE LA GESTION**

Celle-ci rendra plus effective la responsabilité au niveau local de permettra une meilleure approche dans l'allocation des moyens humains matériels et financiers.

La détermination des prévisions budgétaires et la répartition de ressources financières se fera sous l'arbitrage de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale.

**I-2 LA SOLIDARITE ENTRE ETABLISSEMENTS**

La possibilité donnée aux Directions de la santé et de la protection sociale de procéder à des transferts de crédits d'un établissement à autre au sein de la wilaya permettra de corriger, en cours d'année. Le déséquilibre éventuel des prévisions budgétaires : Cette ouverture doit être perçue comme un appel à la solidarité entre gestionnaires des Etablissement dans le fonctionnement des structures.

Elle entraînera, sans aucun doute, la transparence dans la gestion nécessitant un suivi continu des engagements par le Directeur de la santé et de la protection sociale, évitant ainsi les dépassements de crédits constatés jusque-la

Elle permettra aussi de corrélérer l'allocation des ressources et l'activité réelle de chaque Etablissement.

Par ailleurs, le Directeur de l'Etablissement de santé peut, dans ce cadre, procéder par décision à des transferts de crédits de titre lorsqu'il s'agit de dépenses de même nature. Cette décision est soumise à l'approbation du Directeur de santé et de la protection sociale.

**I-3 L'UTILISATION DES RELIQUATS DE TRESORERIE**

L'article 2 de la loi de finances n°88-05 du 12 janvier 1995 stipule que « les subventions ou dotations qui ne sont pas toujours engagées ou dépensées restent acquises à l'établissement ».

Cette approche mènera vers une meilleure rationalité budgétaire et évitant les engagements inadéquats ou inopportuns en fin d'exercice, au prétexte de disponibilité de crédits risquant de tomber sous le coup du l'exercice clos.

La loi de finances pour 1995 prévoit la possibilité de dotation budgétaire les reliquats de trésorerie par arrêté interministériel et non par la direction des finances.

**DE LA GESTION DES EFFECTIFS**

La maîtrise des effectifs des structures de santé constitue l'objectif fondamental à atteindre aussi bien au niveau des Etablissements qu'au niveau de la Direction de la santé et de la protection sociale, qui doit jouer pleinement son rôle de coordination de régulation et de contrôle.

Aussi, il convient impérativement de rappeler que l'article 151 de la loi de finances pour 1993 stipule pour « la création de transformation d'emplois, en cours d'année ne pourront être effectuée qu'après que les crédits nécessaires auront été dégagés ».

A ce titre, il y a lieu de procéder à une révision du tableau des effectifs sur la base d'une actualisation et d'une normalisation de personnels existants.

La création de postes budgétaires doit être accompagnée d'une situation de dépenses de personnels conformément au tableau ci-dessous :

Crédits alloués	Rémunérations principales au 31/12/95	IPAP Prime Perfor.	Indem, Garde	Avancement Person.	Rappel	Crédits Dégagés	Recrutement Envisage

**III – DU SUIVI DE L'ENDETTEMENT**

Le constat dressé à la suite des réunions régionales à ce sujet a fait ressortir la nécessité de rencontres périodiques avec les différents partenaires importants (PHARMS, ENEMEDI, SOCOHYD, IPA, SAIDAL etc. ...). Il a été convenu d'un suivi des règlements des créances devant être sanctionné par des Procès-verbaux contradictoires signés par les deux parties.

A cet effet, il est porté à votre connaissance que la société Nationale de comptabilité à été chargée de procéder à une évaluation sur place et sur pièces du « Dossier Créances ».

**IV –DU SUIVI DES RECETTES**

La loi de finances pour 1995 et arrêté interministériel du 07/01/1995 ancrent légalement la réalisation des recettes propres pour les Etablissements de santé.

Le suivi de la gestion des recettes constitue un élément fondamental dans l'équilibre budgétaire des Etablissements de santé

La réalisation des recettes escomptées permet une évaluation de l'activité d'un Etablissement.

**V-DE LA REFORME DES BIENS MOBILIER**

L'instruction n°02 du 30 Octobre 1994 relative à la procédure de mise à la réforme permet l'assainissement du parc en matériel et autres biens mobiliers qui encombrant inutilement la plupart des Etablissements.

A cet effet, il vous a été demandé la transmission, à la Direction du Budget et des Moyens, de tous les procès-verbaux de mise à la réforme, en vue de l'obtention d'une décision globale qui sera établi par la Direction Générale des Domaines.

## VI – LES PREVISIONS BUDGETAIRES

Il a été donné de constater que les prévisions budgétaires de Etablissements de santé arrivent le plus souvent en retard à la Direction du Budget et des moyens, bien après les discussions budgétaires avec les services du Ministère des Finances.

Cette situation est préjudiciable au Secteur de la Santé et ne permet pas une évaluation correcte des prévisions.

Les Directeurs de la santé et de la protection sociale sont invités, sans attendre la transmission de la note méthodologie du Ministère des Finances, à élaborer, conjointement avec les Directeurs des Etablissements de santé, les prévisions budgétaires sur la base de l'exécution des budgets antérieurs et des programmes d'action, conformément aux tableaux annexés aux différentes notes du Ministère des finances.

Les prévisions doivent être étudiées, analysées et consolidées par services de la Directeur de la santé et de la protection sociale et transmises aux services de la Direction du budget et des Moyens, avant le 30 Avril de chaque année.

مدیر المیزانیة و الوسائل  
عد الکریم بوسنة

MINISTERE DES FINANCES  
ET DU BUDGET

**INSTRUCTION N°893/MDB/ DU 26 AOUT 1997 FIXANT LES MODALITES D'ELABORATION ET DE NOTIFICATION DES FASCICULES BUDGETAIRES DES INSTITUTIONS ET ADMINISTRATIONS PUBLIQUES**

La présente instruction a pour objet de fixer les modalités d'élaboration et de notification des fascicules budgétaires des institutions et administrations publiques.

**I/ - Mise en place des crédits budgétaires au niveau des ordonnateurs principaux**

Il a été constaté, que les fascicules budgétaires approuvés au niveau du Ministère des Finances (Direction Générale du Budget) et ceux approuvés au niveau des wilayas, connaissent des retards considérables. Cette situation est due notamment à l'obligation faite aux ordonnateurs de porter sur les fascicules budgétaires les effectifs réels.

Pour éviter ces retards qui portent préjudice au bon fonctionnement des administrations, il est décidé d'élaborer lesdits fascicules sans indiquer les renseignements relatifs aux effectifs réels. Ces derniers devront cependant être produits par les ordonnateurs a posteriori. En tout cas avant la promulgation de la loi finances de l'année N+L, et l'intervention des décrets de répartition pris en application de celle-ci, les fascicules budgétaires doivent être élaborés par les ordonnateurs du budget de l'Etat et soumis pour approbation au Ministère des Finances ( Direction Générale du Budget ) ou au Wali lorsqu'il s'agit d'Etablissements publics à caractère Administratif régis par le décret exécutif n°89-198 du 07 Novembre 1989 fixant les conditions de répartition de leur recettes et de leurs dépenses.

Ainsi, les fascicules dont il s'agit devront être présentes pour approbation, au Ministère des Finances ( Direction Générale du Budget), par les ordonnateurs au plus tard le 15 Novembre de l'année précédant l'exercice budgétaire auquel il se rapporte, et ce pour permettre l'exécution des budgets y relatifs des le 1<sup>er</sup> Janvier et éviter ce faisant tout retard dans l'élaboration des plans de gestion par les services de la Direction Générale de la Fonction Publique les données relatives aux effectifs réels, qui ne seront pas exigées à ce stade, devront néanmoins être communiquées au Ministère des Finances (Direction Générale du Budget ) après consolidation par les ordonnateurs des l'approbation des plans de gestion.

La notification des fascicules budgétaires, aux fins d'exécution, doit intervenir au plus tard 20 jours après la promulgation de la loi de finances.

En ce qui concerne les fascicules budgétaires des Etablissements publics à caractère Administratif (y compris les institutions publiques), et en vue de faciliter leurs procédures d'approbation, les reliquats sur exercices antérieurs seront budgétisés en cours d'année dans le cadre d'un budget modificatif.

En attendant la production du compte de gestion définitif par le comptable, l'ordonnateur est tenu de présenter une situation provisoire des recettes et des dépenses de l'établissement, effectuées durant l'année en cours, afin de déterminer les reliquats éventuels à budgétiser au titre de l'exercice considéré.

Il demeure entendu que les modifications éventuellement apportées dans la loi de finances promulguée doivent être prises en considération dans le document budgétaire définitif.

**II /- Mise en place des crédits au niveau des ordonnateurs secondaires déclaration de crédits.**

La procédure de délégation de crédits de fonctionnement au profit des ordonnateurs secondaires est décrite par l'instruction n°3/ME/MDT du 05 Février 1992.

A l'effet d'éviter tout problème au niveau local, les ordonnances délégation de crédits et les états de répartition des effectifs doivent être revêtus du visa des contrôleurs financiers placés auprès des ordonnateurs primaires.

**III/- Procédures relatives à l'exécution du budget de fonctionnement**

le contrôle préalable des dépenses engagées

les procédures de contrôle préalable des dépenses engagées sont définies par le décret exécutif n°92-414 du 14 Novembre 1992 pris en application de la loi n° 90-21 du 15 Août 1990 relative à la comptabilité publique.

Le recours à la procédure du 1/12<sup>e</sup> provisoire

Afin d'éviter la rupture du paiement des traitements et salaires et en attendant la notification des fascicules budgétaires, les dispositions de l'article 69 de la loi 84-17 du 07 Juillet 1984 relatives au 1/12<sup>e</sup> provisoire sont applicables en la matière.

De ce qui précède, les ordonnateurs sont invités à engager les dépenses dans des délais rapides pour, d'une part, éviter les retards préjudiciables aux créanciers de l'Etat et les reports d'impayés sur les exercices suivants, et d'autre part, permettre aux dépenses d'être engagées et exécutées de façon régulière en cours d'année sans que la partie la plus importante des engagements et de paiement de ces dépenses ne soit concentrées au cours du dernier trimestre de l'année considérée.

Il est demandé à ce que les dispositions de la présente instruction soient strictement appliquées.

لوزير المنتدب للميزانية  
إمضاء علي إبراهيمي

Destinataires à Messieurs :  
Les Ordonnateurs du Budget de l'Etat  
Les Contrôleurs Financiers  
Le Trésorier central d'Alger  
Le Trésorier principal  
Les Trésoriers de Wilaya

**Décret exécutif n° 97-268 du 16 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 21 juillet 1997 fixant les procédures relatives à l'engagement et à l'exécution des dépenses publiques et délimitant les attributions et les responsabilités des ordonnateurs.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre des finances,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa2) ;

Vu la loi n° 84-17 du 7 Juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n° 90-21 du 15 Août 1990 relative à la comptabilité publique, modifiée et complétée, ensemble les textes pris pour son application ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes, notamment ses articles 88 à 92 ;

Vu le décret présidentiel n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au 24 juin 1997 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-434 du 9 novembre 1991, modifié et complété, portant réglementation des marchés publics ;

Vu le décret exécutif n° 92-414 du 14 novembre 1992 relatif au contrôle préalable des dépenses engagées ;

Vu le décret exécutif n° 93-46 du 6 février 1993 fixant les délais de paiement des dépenses, de recouvrement des ordres de recettes et des états exécutoires et la procédure d'admission en non valeurs ;

Vu le décret exécutif n° 93-57 du 27 février 1993, modifié et complété, relatif aux dépenses d'équipement de l'Etat ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>.** En application de dispositions législatives et réglementaires susvisés, le présent décret a pour objet de fixer les procédures relatives à l'engagement et à l'exécution des dépenses publiques et de délimiter les attributions et responsabilités des ordonnateurs.

**Article 2.** Est ordonnateur, au sens du présent décret, le fonctionnaire régulièrement nommé au poste de responsable de la gestion des moyens financiers, humains et matériels, ayant délégation de pouvoirs telle que prévue aux articles 26, 28 et 29 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, et dûment accrédité conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 3.** En cas de multiplicité de structures de gestion, est ordonnateur au sens du présent décret, le fonctionnaire régulièrement nommé au poste de responsable de la gestion des moyens financiers, ayant délégation de pouvoirs telle que prévue à l'article 2 ci-dessus.

A ce titre, il est chargé d'effectuer toutes les opérations de recettes et de dépenses publiques en matière ;

d'engagement,

de liquidation,

de mandatement.

**Article 4.** Le fonctionnaire chargé d'une structure de gestion autre que financière, est tenu de soumettre à l'ordonnateur, pour certification, avant toute formalisation, tout projet d'acte entraînant une incidence financière et notamment, en matière de :

marché,

convention,

bon de commande ou ordre de service,

recrutement et/ou de nomination.

**Article 5.** Dans le cas visé à l'article 3 ci-dessus, tout fonctionnaire qui dans sa gestion interfère dans les attributions de l'ordonnateur est passible des dispositions des articles 88, 89 et 92 de l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;

**Article 6.** L'ordonnateur est tenu au strict respect de la réglementation en vigueur en matière d'engagement préalable des dépenses.

En cas d'observation de cette règle, l'ordonnateur engage sa responsabilité personnelle et pécuniaire conformément à la législation et à la réglementation en vigueur et est passible des sanctions civiles et pénales prévues aux articles 88 et 89 de l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes.

**Article 7.** Dans le cas visé à l'article 3 cité ci-dessus, le contrôle de l'ordonnateur, avant tout ordonnancement ou mandatement, est exercé sur les opérations effectuées par le fonctionnaire chargé de la structure de gestion concernée et sous la propre responsabilité de ce dernier.

Ce contrôle porte notamment, sur :

La justification du service fait et l'exactitude des calculs de liquidation,

l'intervention préalable des contrôles réglementaires et la production des justifications nécessaires en la matière.

l'exacte imputation des dépenses aux chapitres et articles qu'elles concernent et selon leur nature et leur objet,

le caractère libératoire du règlement.

**Article 8.** L'ordonnateur n'est pas tenu de procéder à l'engagement des dépenses non conformes à la législation et à la réglementation en vigueur ordonné par l'autorité hiérarchique et notamment, en cas :

d'indisponibilité de crédits,

d'indisponibilité de poste budgétaire,

d'absence de chapitre d'imputation,

**Article 9.** Est nulle et de nul effet, toute sanction administrative prise à l'encontre d'un ordonnateur, s'il est établi que les ordres dont il a refusé l'exécution étaient de nature à engager sa responsabilité personnelle et pécuniaire.

**Article 10.** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 16 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 21 juillet 1997.

**Ahmed OUYAHIA**



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DES FINANCES

MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE LA POPULATION

**ARRETE INTERMINISTERIEL DU 20 AVRIL 1999 RELATIF A LA NOMENCLATURE BUDGETAIRE DES CENTRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES, DES SECTEURS SANITAIRES ET DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES.**

Le ministre des finances et  
Le ministre de la santé publique,  
Vu la loi n° 84-17 du 07 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;  
Vu la loi n° 84-21 du 24 décembre 1984 modifiée et complétée, portant loi de finances pour 1985, notamment son article 12 ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;  
Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 décembre 1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements spécialisés ;  
Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 décembre 1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;  
Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 décembre 1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;  
Vu l'arrêté interministériel du 06 mars 1988 relatif à la nomenclature budgétaires des centres hospitalo-universitaires, des secteurs sanitaires, et des établissements hospitaliers spécialisés,  
Vu l'arrêté interministériel du 24 juin 1992, fixant pour les malades civils, les conditions d'admission à l'hôpital central de l'armée (HCA) et les modalités de leur prise en charge financière ;  
Vu l'arrêté interministériel du 07 janvier 1995, fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé ;  
Vu l'arrêté interministériel du 27 septembre 1995 portant convention type applicable aux conventions entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé ainsi que son annexe.

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : La nomenclature des recettes et des dépenses des budgets des centres hospitalo-universitaires, des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés est fixée conformément à l'annexe jointe au présent arrêté.

**Article 2** : Des instructions du ministre de la santé et de la population et du ministre des finances détermineront, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent arrêté.

**Article 3** : Les dispositions de l'arrêté interministériel du 06 mars 1988, susvisé, sont abrogées.

**Article 4** : Le directeur général du budget, le directeur général des impôts, le directeur général de la comptabilité du Ministère des Finances et le Directeur de l'Administration des Moyens du Ministère de la Santé et de la Population sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal Officiel* de la République Algérienne Démocratique et Populaire.  
Fait à Alger, le 20 Avril 1999

P. le Ministre de la Santé et de la Population

P. le Ministre des Finances

Le Directeur de l'Administration des Moyens

Le Directeur Général du Budget

**Tir ABDELALI**

**Ahmed SADOUDI**

**ANNEXE A L'ARRETE INTERMINISTERIEL DU 20 AVRIL 1999 RELATIF A LA NOMENCLATURE BUDGETAIRE DES CENTRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES, DES SECTEURS SANITAIRES ET DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES**

**SECTION I : RECETTES**

**TITRE I : PARTICIPATION DE L'ETAT**

Chapitre unique : Participation de l'Etat

**TITRE II : AUTRES ORGANISMES**

Chapitre unique : Participation des Organismes de Sécurité Sociales

**TITRE III : Recettes provenant de la caisse nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) au titre des prestations régies par conventions**

Chapitre 1° : Remboursement de la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS) régies par conventions.

Chapitre 2° : Recettes provenant de la (CNAS) pour les soins spécialisés de haut niveau. (Services conventionnés)

**TITRE IV AUTRES RESSOURCES**

Chapitre I : Recettes diverses

- Article 1° : Participation du personnel aux dépenses d'alimentation
- Article 2° : Participation de l'office national des œuvres universitaires (ONOU) aux dépenses de restauration des étudiants
- Article 3° : Participation des étudiants et stagiaires aux dépenses d'alimentation
- Article 4° : Vente de déchets et de matériel réformé
- Article 5° : Produits des services exploités dans l'intérêt des malades
- Article 6° : Produits des activités de recherche
- Article 7° : Autres recettes

Chapitre II : Produits des exercices antérieurs

Article unique : Recettes sur exercice clos

**Sections II : Dépenses**

**TITRE I DEPENSES DU PERSONNEL**

Chapitre I : Traitement du personnel titulaire et contractuel

- Article 1<sup>er</sup> : Traitement du personnel médical.
- Article 2 : Traitement du personnel paramédical.
- Article 3 : Traitement du personnel administratif.

Chapitre II : Traitement du personnel coopérant

Article unique : Traitement du personnel coopérant

Chapitre III : Salaires et accessoires des salaires du personnel vacataires et journalier

Article 1<sup>er</sup> : Salaires du personnel vacataire et journalier.

Article 2 : Accessoires de salaires.

Chapitre IV : Indemnités et allocations diverses.

- Article 1<sup>er</sup> : Indemnités servies au personnel médical.
- Article 2 : Indemnités servies au personnel paramédical.
- Article 3 : Indemnités servies au personnel administratif.
- Article 4 : Indemnités servies au personnel coopérant.

Chapitre V : Charges sociales

- Article 1<sup>er</sup> : Prestations à caractère familial.
- Article 2 : sécurité sociale (régime général).
- Article 3 : Assurance de responsabilité civile et risques professionnels.
- Article 4 : Rentes d'accidents du travail.
- Article 5 : Assurances chômage
- Article 6 : Retraite anticipée
- Article 7 : Versement forfaitaire

Chapitre VI : Pensions de service et pour dommages corporels

- Article 1° : Pension de service
- Article 2° : Pension pour dommages corporels

Chapitre VII : Indemnités pour salaire unique (IPSU)

Article unique : Indemnité pour salaire unique (IPSU)

Chapitre VIII : Dépenses sur exercice clos

Article unique : Dépenses sur exercice clos

## **Titre II DEPENSES DE FORMATION**

- Chapitre I :** Rémunération, bourses et indemnités diverses  
**Article 1<sup>er</sup> :** Rémunérations servies aux résidents.  
**Article 2 :** Bourses et indemnités servies aux internes et externes.
- Chapitre II :** Formation du personnel paramédical  
**Article 1<sup>er</sup> :** Bourses et présalaires servis aux stagiaires  
**Article 2 :** Indemnités dues aux personnels enseignants (vacataires et corrections des copies)
- Chapitre III :** Frais de stages de courte durée à l'étranger  
**Article 1<sup>er</sup> :** Allocations d'études.  
**Article 2 :** Frais de voyages  
**Article 3 :** Frais d'inscription et de scolarité.
- Chapitre IV :** Frais liés aux congés scientifiques, congrès et séminaires  
**Article 1<sup>er</sup> :** Frais de déplacement et de séjour à l'occasion des congés scientifiques, congrès et séminaires et autres manifestations scientifiques.  
**Article 2 :** Frais d'inscription  
**Article 3 :** Frais divers
- Chapitre V :** Frais de formation, de perfectionnement et de recyclage des personnels  
**Article unique :** Frais de formation, de perfectionnement et de recyclage des personnels
- Chapitre VI :** Charges sociales et fiscales  
**Article 1<sup>er</sup> :** Prestations à caractère familial  
**Article 2 :** Cotisation de sécurité sociale régime général  
**Article 3 :** Assurances Chômage  
**Article 4 :** Retraite Anticipée  
**Article 5 :** Versement forfaitaire.
- Chapitre VII :** Alimentation  
**Article unique :** Dépense d'alimentation des étudiants et stagiaires
- Chapitre VIII :** Autres dépenses de fonctionnement  
**Article 1<sup>er</sup> :** Documentation et abonnement aux revues et périodiques.  
**Article 2 :** Acquisition et entretien du matériel et mobilier pédagogique  
**Article 3 :** Frais divers
- Chapitre IX :** Dépenses sur exercice clos  
**Article unique :** Dépenses sur exercice clos

## **TITRE III : ALIMENTATION**

- Chapitre I :** Alimentation  
**Article unique :** Dépenses d'alimentation
- Chapitre II :** Dépenses sur exercice clos  
**Article unique :** Dépenses sur exercice clos

## **TITRE IV : MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS A USAGE MEDICAL**

- Chapitre I :** Médicaments et autres produits médicaux  
**Article 1<sup>er</sup> :** Médicaments, pansements et produits de laboratoire.  
**Article 2 :** Films et produits radiologiques.  
**Article 3 :** Petite instrumentation et accessoires médicaux et chirurgicaux.
- Chapitre II :** Gaz médicaux et autres produits  
**Article 1<sup>er</sup> :** Gaz médicaux  
**Article 2 :** Autres produits
- Chapitre III :** Dépenses sur exercice clos  
**Article unique :** Dépenses sur exercice clos

## **TITRE V : DEPENSES D'ACTION SPECIFIQUES DE PREVENTION**

- Chapitre I :** Vaccins, sérums, médicaments et autres produits  
**Article 1<sup>er</sup> :** Vaccins, sérums et milieux de culture.  
**Article 2 :** Médicaments et autres produits à usage préventif.  
**Article 3 :** Produits laitiers, produits diététiques pour la protection maternelle et infantile.
- Chapitre II :** Matériel et mobilier techniques  
**Article unique :** Acquisition et entretien du matériel et mobilier techniques spécifiques
- Chapitre III :** Fournitures diverses  
**Article 1<sup>er</sup> :** Carnets de vaccinations et imprimés divers.  
**Article 2 :** Impression d'affiches et autres fournitures.
- Chapitre IV :** Dépenses sur exercice clos  
**Article unique :** Dépenses sur exercice clos

## **TITRE VI : MATERIEL ET OUTILLAGE MEDICAUX**

- Chapitre I : Matériel et outillage médicaux  
Article 1<sup>er</sup> : Matériel médical  
Article 2 : Outillage médical.  
Article 3 : Accessoires et pièces de rechange pour matériel et outillage médicaux.
- Chapitre II : Dépenses sur exercice clos  
Article unique : Dépenses sur exercice clos

## **TITRE VII : ENTRETIEN DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES**

- Chapitre I : Entretien et réparation des infrastructures sanitaires  
Article 1<sup>er</sup> : Entretien et réparation des infrastructures sanitaires  
Article 2 : Entretien des espaces verts.
- Chapitre II : Achat de matériaux de construction  
Article unique : Achat de matériaux de construction pour les travaux d'entretien et de réparation effectués en régie
- Chapitre III : Dépenses sur exercice clos  
Article unique : Dépenses sur exercice clos

## **TITRE VIII : AUTRES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT**

- Chapitre I : Frais divers de gestion  
Article 1<sup>er</sup> : Frais de gestion des receveurs.  
Article 2 : Honoraires des experts.  
Article 3 : Remboursement de frais.  
Article 4 : Frais des postes et télécommunications.  
Article 5 : Loyers et charges locatives.  
Article 6 : Assurances contre l'incendie et les dégâts divers.  
Article 7 : Frais d'actes et de contentieux.  
Article 8 : Frais de sépulture.  
Article 9 : Frais de transport et de séjour des experts étrangers en mission de courte durée.  
Article 10 : Frais divers

- Chapitre II : Fournitures  
Article 1<sup>er</sup> : Chauffage, éclairage, fournitures d'eau et d'énergie  
Article 2 : Fournitures de bureau et imprimés  
Article 3 : Documentation et abonnement aux revues et périodiques.  
Article 4 : Produits d'entretien ménager.  
Article 5 : Lingerie, literie (achat et entretien)

- Chapitre III : Matériel, mobilier et petit outillage  
Article 1<sup>er</sup> : Acquisition de matériel et petit outillage.  
Article 2 : Acquisition de mobilier.  
Article 3 : Entretien de matériel et mobilier

- Chapitre IV : Parc automobile  
Article 1<sup>er</sup> : Parc automobile (acquisition et renouvellement).  
Article 2 : Achat de carburant et de lubrifiant.  
Article 3 : Entretien des véhicules et achat de pièces de rechange.  
Article 4 : Achat de pneumatique  
Article 5 : Assurances

- Chapitre V : Transports et déplacements  
Article 1<sup>er</sup> : Transports et déplacements.  
Article 2 : Transports de marchandises et frais divers.

- Chapitre VI : Ergothérapie, réadaptation et réinsertion des malades  
Article 1<sup>er</sup> : Achat de matière d'œuvre pour ergothérapie.  
Article 2 : Dépenses de réadaptation et de réinsertion des malades.

- Chapitre VII : Dépenses sur exercice clos  
Article unique : Dépenses sur exercice clos

## **TITRE IX : ŒUVRES SOCIALES**

- Chapitre Unique : Œuvres sociales  
Article 1<sup>o</sup> : Œuvres sociales  
Article 2<sup>o</sup> : Quote-part retraite anticipée  
Article 3<sup>o</sup> : Quote-part financement logement social

**TITRE X : DEPENSES DE RECHERCHE MEDICALE**

Chapitre I : Déplacement et missions

Article unique : Déplacements et missions

Chapitre II : Consultations et honoraires d'experts participant à la recherche médicale

Article unique : Consultations et honoraires d'experts participant à la recherche médicale

Chapitre III : Personnels vacataires et journalier concourant à la recherche médicale

Article unique : Personnels vacataire et journalier concourant à la recherche médicale (enquête statistiques)

Chapitre IV : Matériel, mobilier et outillage

Article 1<sup>er</sup> : Matériel et outillage scientifiques (achat et entretien).

Chapitre V : Fournitures diverses

Article 1<sup>er</sup> : Papeterie, fournitures de bureau et frais d'impression.

Article 2 : Produits de laboratoire.

Article 3 : Documentation et abonnement aux revues et périodiques

Chapitre VI : Dépenses diverses

Article unique : Dépenses diverses

Chapitre VII : Dépenses sur exercice clos

Article unique : Dépenses sur exercice clos

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DE L'ECONOMIE

**ARRETE MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE L'ARRETE N° 40 DU 17 NOVEMBRE 1992 FIXANT LE SEUIL AU DELA  
DUQUEL LE PAIEMENT PAR VIREMENT DES DEPENSES PUBLIQUES ET OBLIGATOIRE**

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE

Vu la loi n° 78-13 du 31 décembre 1978, portant loi de finances 1979, notamment son article 18 ;  
Vu la loi n° 81-13 du 27 décembre 1981 portant loi de finances 1982, notamment son article 22 ;  
Vu la loi 84-17 du 07 juillet 1984 relative aux lois finances modifiée et complétée ;  
Vu la loi 85-09 du 26 décembre 1985 portant loi de finances pour 1986, notamment son article 137 ;  
Vu la loi 88-33 du 31 décembre 1988 portant loi de finances pour 1989, notamment son article 85 ;  
Vu la loi 90-21 du 15 août 1991 relative à la comptabilité publique ;  
Vu la loi 90-32 du 4 décembre 1990 relative à l'organisation et au fonctionnement de la cour des comptes ;  
Vu la loi 91-25 du 18 décembre 1991 portant loi de finances pour 1992, notamment son article 164 ;  
Vu le décret exécutif n° 90-189 du 23 juin 1990 fixant les attributions du Ministre de l'Economie ;  
Vu le décret n° 90-190 du 22 juin 1990, modifié et complété portant organisation de l'administration centrale du Ministère de l'Economie ;  
Vu l'arrêté du 20 mai 1991 relatif aux paiements des dépenses de l'Etat et des établissements publics à caractère administratif ;  
Vu l'arrêté n° 40 du 17 novembre 1991 fixant le seuil au delà duquel le paiement par virement des dépenses publiques est obligatoire, modifié.

**A R R E T E :**

**Article 1<sup>er</sup>.** Les dispositions de l'article 2 de l'arrêté n° 40 du 17 novembre 1992 sont modifiées comme suit :

Le seuil à partir duquel le paiement des dépenses de l'Etat, des institutions publiques, des collectivités territoriales et des établissements à caractère administratif Par dérogation aux dispositions de l'article précédent, le seuil pour les dépenses publiques effectuées par voie de régies d'avances est :

Cinquante mille (50.000) dinars pour les dépenses de fonctionnement.  
Quatre vingt mille (80.000) dinars pour les dépenses d'équipement.

**Article 2 :** Le reste des dispositions de l'arrêté n° 40 du 17 novembre 1992, modifié, demeure sans changement.

Fait à Alger, le 14 février 2002

Au NOM DU PEUPLE

Le Chef du Gouvernement, Président du Conseil des ministres,

Sur le rapport du ministre des finances,

Vu l'ordonnance n° 71-82 du 29 décembre 1971 portant organisation de la profession de comptable et expert comptable et notamment son article 38 ;

Vu le décret n° 64-175 du 8 juin 1964 fixant l'organisation du secteur industriel socialiste ;

**Ordonne :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le plan comptable national annexé à la présente ordonnance, sera obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1976 en vue de son application aux :

organismes publics à caractère industriel et commercial

sociétés d'économie mixte

entreprises qui quelle que soit forme sont soumises au régime de l'imposition d'après le bénéfice réel

Le plan comptable national pourra être étendu à d'autre entreprise non mentionnées ci-dessus par voie d'arrêté du ministre des finances après avis du ministre de tutelle intéressé.

**Article 2** : Le plan comptable national sera adapté par arrêté du ministre des finances aux secteurs d'activité particuliers après avis du conseil supérieur de la comptabilité conformément aux dispositions de l'article 38 de l'ordonnance n 71-82 du 29 décembre 1971 susvisée .

**Article 3** : Les coûts et prix de revient seront comptabilisés en tant que de besoin dans le cadre des dispositions des plans comptables sectoriels ou particuliers aux entreprises organismes et sociétés visées à l'article 1<sup>er</sup>.

Les règles de comptabilisation ou de détermination de ces coûts et prix de revient seront fixées par voie d'arrêté du ministre des finances dans les conditions et formes prévues ci-dessus pour l'adoption des plans comptables sectoriels

**Article 4** : Les modalités d'application du plan comptable national seront déterminées par voie d'arrêté du ministre des finances

**Article 5** : Toutes dispositions contraires sont abrogées

**Article 6** : La présente ordonnance sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire

Fait à Alger, le 29 avril 1975

**Houari BOUMEDIENE**



## Liste des comptes

## Classe 1 / fonds propres

## 10. – FONDS SOCIAL

100. - Apports de l'Etat

101. - Apports des collectivités locales

102. - Apports des entreprises publiques

103. - Apports des sociétés privées

104. - Apports des particuliers

## 11. – FONDS PERSONNEL

110- Fonds d'exploitation

119- Compte de l'exploitant

## 12.—PRIMES D'APPORTS

## 13.-- RESERVES

130- réserves légales

131 – réserves réglementées

1310- plus – value de la cession à réinvestir

1311 – bénéfice taxé à taux réduit

132 – réserves statutaires

133- réserves contractuelles

134- réserves facultatives

## 17.—LIAISONS INTER-UNITES

## 18.—RESULTATS EN INSTANCE D'AFFECTATION

## 19.—PROVISIONS POUR PERTES ET CHARGES

190- provision pour pertes probables

195- provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices.

## CLASSE 2 : INVESTISSEMENTS

## 20. – FRAIS PRELIMINAIRES

200-Frais relatifs au pacte social

201- Frais d'emprunt

202- Frais d'investissement

203- Frais de formation professionnelle

204- Frais de fonctionnement antérieur au démarrage

205- Frais d'études et de recherches

208- Frais exceptionnels

209- Résorption des frais préliminaires

## 21. – VALEURS INCORPORELLES

210- Fonds de commerce

212- Droits de la propriété industrielle et commerciale

## 22.-- TERRAINS

220- Terrains de construction et chantiers

224- Carrières et gisements

226- Autres terrains

## 24.—EQUIPEMENTS DE PRODUCTION

240- Bâtiments

2400- Bâtiments industriels

2401- Bâtiments administratifs et commerciaux

241- Ouvrages d'infrastructure

2410- Voies de transport

2411- Ouvrages d'art

242- Installations Complexes

243- Matériel et Outillage

244- matériel de transport

2440- Matériel Automobile

2441- Matériel Hippomobile

2442- Matériel ferroviaire

2443- Matériel naval

1444- Matériel aérien

245- Equipement de bureau

2450- Mobilier de bureau

2451- Matériel de bureau

246- Emballage récupérables

247 – Agencements et installations

## 25- Equipements Sociaux

250- bâtiments sociaux

2500- logements du personnel

2502- bâtiments pour œuvres sociales

251- Matériel

252- Mobilier et équipement ménager

257-Aménagements

## 28- INVESTISSEMENTS EN COURS

## 29- AMORTISSEMENT DES INVESTISSEMENTS

## CLASSE 3 / STOCK

## 30- MARCHANDISES

## 31- MATIERES ET FOURNISSEURS

## 33- PRODUITS SEMI-OUVRES

## 34- PRODUITS ET TRAVAUX EN COURS

## 35- PRODUITS FINIS

## 36- DECHETS ET REBUTS

## 37- STOCK A L'EXTERIEUR

## 38- ACHATS

39- PROVISION POUR DEPRECIATION DES STOCKS  
CLASSE 4 / CREANCES  
40. – COMPTES DEBITEURS DU PASSIF  
42. – CREANCES D'INVESTISSEMENT  
421- Titres de participation  
422- Bons  
423- Titres de placement  
424- Prêts  
425- Avances et comptes sur investissements  
426- Cautionnements versés  
429- Autres créances d'investissements  
4290- BILLETS DE FONDS À RECOURVRE  
43. – CREANCES DE STOCK  
430- avances aux fournisseurs  
435- consignations versées  
438- remises à obtenir  
44. – CREANCES SUR ASSOCIES ET SOCIETES APPARENTES  
440- Associés (apports)  
448- Créances sur les sociétés apparentées.  
45. – AVANCES POUR COMPTES  
456 – Impôts sur le revenu des valeurs mobilières  
Taxes récupérables et précomptes  
46. – AVANCES D'EXPLOITATION  
462- Avances sur services  
463- Avances au personnel  
464- Avances sur impôts et taxes  
465- Avances sur frais financiers  
466- Avances sur frais divers  
468- Frais comptabilisés d'avance  
469- Dépenses en attente d'imputation  
47. – CREANCES SUR CLIENTS  
470- Clients  
471- Clients – retenues de garantie  
478- Factures à établir  
479- Effets à recouvrer  
48. -- DISPONIBILITES  
483- Comptes au trésor  
484- Comptes dans les établissements financiers  
485- Comptes bancaires  
486- Comptes postaux  
487- Caisse  
488- Régies et accreditifs  
489- Virements de fonds.  
49. – PROVISIONS POUR DEPRECIATION DES CREANCES  
CLASSE 5 / DETTES  
COMPTES CREDITEURS DE L'ACTIF  
52. DETTES D'INVESTISSEMENTS  
521- Emprunts bancaires  
522- Crédits d'investissement  
523- Autres emprunts  
524- Fournisseurs retenues de garantie  
525- Cautionnements reçus  
526- Consignations à rembourser  
527- Autres dettes d'investissement  
5290- BILLETS DE FONDS À PAYER  
53. DETTES DE STOCKS  
530- Fournisseurs  
538- Factures à recevoir  
54. DETENTIONS POUR COMPTE  
543- Impôts sur les traitements et salaires  
Cotisations sociales retenues  
Oppositions sur salaires  
Taxes dues sur ventes  
55. DETTES ENVERS LES ASSOCIES ET LES SOCIETES APPARENTEES  
551- Apports à rembourser  
555- Comptes courants les associés  
556- Coupons et dividendes à payer  
558- Dettes envers les sociétés apparentées  
56. DETTES D'EXPLOITATION  
562- Crédeurs de services  
563- Personnel  
564- Impôts d'exploitation dus  
585- Crédeurs de frais financiers  
566- Crédeurs de frais divers  
568- Organismes sociaux  
57. AVANCES COMMERCIALES  
570- Acomptes et avances reçus des clients  
577- Remises à accorder  
578- Produits comptabilisés d'avance  
579- Recettes en attente d'imputation  
58. DETTES FINANCIERES

583-Effets à payer  
588- Avances bancaires

CLASSE 6 / CHARGES

60.-- MARCHANDISES CONSOMMEES

61. -- MATIERES ET FOURNITURES CONSOMMEES

62. -- SERVICES

- 620- Transports
  - 6200- Frets et transports sur ventes
  - 6201- Autres frets et transport
- 621- Loyers et charges locatives
- 622- Entretien et réparations
- 624- Documentation
- 626- Rémunérations de tiers
  - 6250- Commissions
  - 6251- Horaires
  - 6253- Redevances
  - 6255- Frais d'actes et de contentieux
- 626- Publicité
- 627- Déplacements et réceptions
  - 6270- Déplacements frais de voyage
  - 6271- Déplacements frais de séjour
  - 6275- Réceptions frais d'hébergement
  - 6276- Réceptions autres frais
- 628- P. et T.
- 63. -- FRAIS DE PERSONNEL
- 630- Rémunération du personnel
  - 6300- Traitements et salaires
  - 6301- Heures supplémentaires
  - 6302- Primes
  - 6303- Congés payés
- 631- Rémunérations des associés
- 632- Indemnités et présentations directes
  - 6320- Indemnités
  - 6322- Prestations directes
- 634- Contributions aux activités sociales
- 635- Cotisations sociales
  - 6350- Cotisations de sécurité sociale
  - 6351- Cotisations aux mutuelles
  - 6352- Cotisations aux caisses de retraite
- 64. – IMPOTS ET TAXES
- 640- Versement forfaitaire
- 641- Taxes sur l'activité professionnelle
  - 6410- Taxe sur l'activité industrielle et commerciale
  - 6412- Taxe sur l'activité des professions non commerciales
- 642- Taxes sur le chiffre d'affaires
  - 6420- Taxe unique globale à la production
  - 6421- Taxe unique globale sur les prestations de services
- 643- Droits indirects
  - 6430- Droits sur les vins et alcools
  - 6431- Droits sur les bières
  - 6432- Droits sur les tabacs et allumettes
  - 6433- Droits de garanties sur les ouvrages de platine d'or et d'argent
- 644- Taxes spéciales
  - 6440- Taxe communale sur les spectacles
  - 6441- Taxes sur les jeux de hasard dans les cercles
  - 6442- Taxes à l'abattage
  - 6443- Taxes spéciale sur les tabacs et allumettes
- 646- Droits d'enregistrement
  - 6460- Droits d'enregistrement sur actes et marchés
  - 6462- Droits de timbre
- 647- Droits de douane
  - 6470- Droits de douane à l'exploitation
- 648- Autres droits impôts et taxes
  - 6480- Taxe foncière
  - 6481- Contribution forfaitaire agricole
  - 6483- Droit sur les farines et semoules panifiables
  - 6486- Taxe d'encouragement au profit des producteurs de films algériens
  - 6487- Impôts sur les poudres dynamites et explosifs à l'oxygène liquide
  - 6488- Taxe unique sur les véhicules automobiles
  - 6439- Droits impôts et taxe divers
- 65. – FRAIS FINANCIERS
- 650- Intérêts des emprunts
- 651- Intérêts des comptes courants et des dépôts créditeurs
- 653- Intérêts bancaires
- 654- Escomptes accordés
- 655- Frais de banque et de recouvrement
  - 6550- Frais sur titres
  - 6551- Frais sur effets
  - 6555- Commissions divers
- 656- Frais d'achat des titres

657- Commissions sur ouvertures de crédits cautions et avais  
 66. – FRAIS DIVERS  
 660- assurances.  
 669 – Autres frais divers  
     6691 – Cotisations et dons  
     6692 – Frais des conseils  
     6693 – Malis sur emballage  
     6694 – Débits sur achats et sur ventes  
 63. – DOTATIONS AUS AMORTISSEMENTS ET PROVISIONS  
     682. -- Dotations aux amortissements  
     685. – Dotations aux provisions  
 69. – CHARGES HORS EXPLOITATION  
     690. – Subventions accordées  
     692. – Valeur résiduelle des investissements cédés ou détruits  
     693. – Valeur des autres éléments d'actifs cédés  
     694. -- créances irrécouvrables  
     696. – Charges des exercices antérieurs  
     697. – Reprises sur produits des exercices antérieurs  
     698. – Charges exceptionnelles  
     699. – Dotations exceptionnelles  
**CLASSE 7 : PRODUITS**  
 70. – VENTES DES MARCHANDISES  
 71. - PRODUCTION VENDUE  
 72. - PRODUCTION STOCKEE  
     73. - PRODUCTION DE L'ENTREPRISE POUR ELLE-MEME  
     74. - PRESTATIONS FOURNIES  
     75. - TRANSFERT DE CHARGES DE PRODUCTION  
     77. PRODUITS DIVERS  
     770. – Produits financiers  
     779. – Autres produits divers  
 78. – TRANSFERT DE CHARGE D'EXPLOITATION  
 79. – PRODUITS HORS EXPLOITATION  
     790. – Subventions reçues  
     792. – Produits de cession d'investissement  
     794.- Produits de cession des autres éléments d'actifs  
     796.- Rentrées sur créances annulées  
     797.- Reprises sur charges des exercices antérieurs  
     798.- Produits exceptionnels  
**CLASSE 8 : RESULTATS**  
 80. - MARGE BRUTE  
 81. - VALEUR AJOUTEE  
 83. - RESULTAT D'EXPLOITATION  
     84. - RESULTAT HORS EXPLOITATION  
 88. - RESULTAT DE L'EXERCICE  
     880. – Résultat brut de l'exercice  
     889. – Impôts sur les bénéfices  
 89. – CESSIONS INTER-UNITE

Le Président de la République,  
Vu la Constitution et notamment ses articles 119, 120, 122-9, 126 et 127 ;  
Vu la loi n° 63-198 du 8 juin 1963 instituant une agence judiciaire du Trésor, modifié ;  
Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966 modifiée et complétée portant code de procédure civile ;  
Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966 modifiée et complétée portant code de procédure pénale ;  
Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 modifiée et complétée portant code pénal ;  
Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975 portant plan comptable national ;  
Vu l'ordonnance n° 75-58 du 29 septembre 1975 modifiée et complétée portant code civil ;  
Vu l'ordonnance n° 75-59 du 29 septembre 1975 modifiée et complétée portant code de commerce ;  
Vu la loi n° 91-08 du 27 avril 1991 relative à la profession d'expert comptable, de commissaire aux comptes et de comptable agréé ;  
Vu l'ordonnance n° 03-11 du 27 Joumada Ethania 1424 correspondant au 26 août 2003 relative à la monnaie et au crédit ;  
Vu la loi n° 04-08 du 27 Joumada Ethania 1425 correspondant au 14 août 2004 relative aux conditions d'exercice des activités commerciales ;  
Après avis du conseil d'Etat,  
Après adoption par le parlement,

Promulgue la loi dont la teneur suit :

**Article 1<sup>er</sup>** : La présente loi a pour objet de fixer le système comptable financier appelé ci-après comptabilité financière ainsi que les conditions et les modalités de son application.

## CHAPITRE I DEFINITIONS ET CHAMP D'APPLICATION

**Article 2** : Les dispositions de la présente loi s'appliquent à toute personne physique ou morale astreinte par voie légale ou réglementaire à la mise en place d'une comptabilité financière sous réserves des dispositions qui lui sont spécifiques.

Les personnes morales soumises aux règles des la comptabilité publiques sont exclues du champ d'application de la présente loi.

**Article 3** : La comptabilité financière est un système d'organisation de l'information financière permettant de saisir, classer, évaluer, enregistrer des données de bases chiffrées, et présenter des états reflétant une image fidèle de la situation financière et patrimoniale, de la performance et de la trésorerie de l'entité, à la fin de l'exercice.

**Article 4** : Sont astreintes à la tenue d'une comptabilité financière les entités suivantes :

- les sociétés soumises aux dispositions du code de commerce,
- les coopératives,
- les personnes physiques ou morales produisant des biens ou des services marchands ou non marchands dans la mesure où elles exercent des activités économiques qui se fondent sur des actes répétitifs.
- Et toutes personnes physiques ou morales qui y sont assujetties par voie légale ou réglementaire.

**Article 5** : Les petites entités dont le chiffre d'affaires, l'effectif et l'activité ne dépassent pas des seuils déterminés peuvent tenir une comptabilité financière simplifiée.

Les conditions et modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

## CHAPITRE II DU CADRE CONCEPTUEL, DES PRINCIPES COMPTABLES ET NORMES COMPTABLES

**Article 6** : Le système comptable financier comporte un cadre conceptuel de la comptabilité financière, des normes comptables et une nomenclature des comptes permettant l'établissement des états financiers sur la base des principes comptables généralement reconnus et notamment :

- comptabilité d'engagement,
- continuité d'exploitation,
- intelligibilité,
- pertinence,
- fiabilité,
- comparabilité,
- coût historique,
- prééminence de la réalité économique sur l'apparence juridique.

**Article 7** : Le cadre conceptuel de la comptabilité financière constitue un guide pour l'élaboration des normes comptables, leur interprétation et la sélection de la méthode comptable appropriée lorsque certaines transactions et autres événements ne sont pas traités par une norme ou une interprétation.

Le cadre conceptuel définit :

- le champ d'application,
- les principes et conventions comptables,
- les actifs, les passifs, les capitaux propres, les produits et les charges.

Le cadre conceptuel de la comptabilité financière est défini par voie réglementaire.

**Article 8** : Les normes comptables fixent :

- les règles d'évaluation et de comptabilisation des actifs, des passifs, des charges et des produits,
- le contenu et le mode de présentation des états financiers

Les normes comptables sont définies par voie réglementaire.

**Article 9** : Les opérations résultant des activités de l'entité sont enregistrées dans des comptes dont la nomenclature, le contenu et les règles de fonctionnement sont définis par voie réglementaire.

## CHAPITRE III DE L'ORGANISATION DE LA COMPTABILITE

**Article 10** : La comptabilité doit satisfaire aux obligations de régularité, de sincérité et de transparence inhérentes à la tenue, au contrôle, à la présentation et à la communication des informations qu'elle traite.

**Article 11** : L'entité détermine sous sa responsabilité les procédures nécessaires à la mise en place d'une organisation comptable permettant un contrôle à la fois interne et externe.

**Article 12** : La comptabilité est tenue en monnaie nationale.

**Article 13** : Les opérations libellées en monnaies étrangères sont traduites en monnaie nationale selon les conditions et modalités qui sont définies dans les zones comptables.

**Article 14 :** Les actifs et les passifs des entités soumises à la présente loi doivent faire l'objet, au moins une fois par an, d'inventaires en quantité et en valeur sur la base d'examen physiques et de recensements de documents justificatifs.

Ces inventaires doivent refléter la situation réelle de ces actifs et passifs.

**Article 15 :** Aucune compensation n'est possible entre un élément d'actif et un élément de passif, ni entre un élément de charge et un élément de produit, sauf si cette compensation est effectuée sur des bases légales ou contractuelles, ou si, dès l'origine, il est prévu de réaliser ces éléments d'actif et de passif de charge et de produit simultanément ou sur une base nette.

**Article 16 :** Les écritures comptables sont passées selon le principe dit « à partie double » : chaque écriture affecte au moins deux comptes, l'un étant débité et l'autre crédité, dans le respect de l'enregistrement chronologique des opérations. Le montant du débit doit être égal au montant du crédit.

**Article 17 :** Tout enregistrement comptable précise l'origine, le contenu et l'imputation de chaque donnée, ainsi que la référence de la pièce justificative qui l'appuie.

**Article 18 :** Chaque écriture comptable s'appuie sur une pièce justificative datée, établie sur papier ou sur un support assurant la fiabilité, la conservation et la restitution sur papier de son contenu.

Les opérations de même nature, réalisées en un même lieu et au cours d'une même journée, peuvent être récapitulées sur une pièce comptable unique.

**Article 19 :** une procédure de clôture destinée à figer la chronologie et à garantir l'intangibilité des enregistrements doit être mise en œuvre.

**Article 20 :** Les entités soumises à la présente loi tiennent des livres comptables qui comprennent un livre journal, un grand livre et un livre d'inventaire, sous réserve des dispositions spécifiques concernant les petites entités.

Le livre journal et le grand livre sont subdivisés en autant de journaux auxiliaires et des livres auxiliaires que les besoins de l'entité l'exigent.

Le livre journal enregistre les mouvements affectant les actifs, passifs, capitaux propres, charges et produits de l'entité. En cas d'utilisation de journaux auxiliaires, le livre journal ne comprend que la centralisation mensuelle des écritures portées sur les journaux auxiliaires (totaux généraux mensuels de chaque journal auxiliaire).

Le grand livre comprend l'ensemble des comptes mouvementés au cours de la période.

Le livre d'inventaire reprend le bilan et le compte de résultats de l'entité.

Les livres comptables ou les supports qui en tiennent lieu ainsi que les pièces justificatives sont conservés pendant dix (10) ans à compter de la date de clôture de chaque exercice comptable.

**Article 21 :** Le livre journal et le livre d'inventaire sont cotés et paraphés par le président du tribunal du siège de l'entité.

**Article 22 :** Les entités soumises à une comptabilité financière simplifiée tiennent des journaux de recettes et de dépenses et doivent conserver les pièces justificatives pendant dix (10) ans à compter de la date de clôture de chaque exercice comptable.

Les modalités de tenue des journaux de recettes et de dépenses des entités susvisées sont fixées par voie réglementaire.

**Article 23 :** Les livres comptables cotés et paraphés sont tenus sans blanc ni altération d'aucune sorte, ni transport en marge.

**Article 24 :** La comptabilité est tenue manuellement ou au moyen de systèmes informatiques.

Toute comptabilité informatisée doit satisfaire aux exigences de conservation, d'identification, de sécurité, de fiabilité et de restitution des données.

Les conditions et modalités de tenue de la comptabilité au moyen de systèmes informatiques sont définies par voie réglementaire.

#### CHAPITRE IV DES ETATS FINANCIERS

**Article 25 :** Les entités entrant dans le champ d'application de la présente loi établissent au moins annuellement des états financiers.

Les états financiers des entités autres que les petites entités comprennent :

- un bilan ;
- un compte de résultats ;
- un tableau de flux de trésorerie ;
- un tableau de variation des capitaux propres ;
- une annexe précisant les règles et méthodes comptables utilisées et fournissant des compléments d'informations au bilan et au compte réglementaire.

Le contenu et les méthodes d'élaboration des états financiers sont définis par voie réglementaire.

**Article 26 :** Les états financiers doivent présenter de manière fidèle la situation financière de l'entité, ses performances et tout changement de sa situation financière, et doivent refléter l'ensemble des opérations et événements découlant des transactions de l'entité et des effets des événements liés à son activité.

**Article 27 :** Les états financiers sont arrêtés sous la responsabilité des dirigeants sociaux. Ils sont établis dans un délai maximum de quatre (4) mois suivant la date de clôture de l'exercice et doivent être distingués des autres informations éventuellement publiées par l'entité.

**Article 28 :** Les états financiers sont obligatoirement présentés en monnaie nationale.

**Article 29 :** Les états financiers fournissent des informations permettant d'effectuer des comparaisons avec l'exercice précédent.

Chacun des postes de bilan, compte de résultats et tableau des flux de trésorerie comporte l'indication du montant relatif au poste correspondant de l'exercice précédent.

L'annexe comporte des informations comparatives sous forme narrative descriptive et chiffrée.

Lorsque, par suite d'un changement de méthode d'évaluation ou de présentation, un des postes chiffrés d'un état financier n'est pas comparable à celui de l'exercice précédent, il est nécessaire d'adapter les montants de l'exercice précédent afin de rendre la comparaison possible.

L'absence de comparabilité, du fait d'une durée d'exercice différente ou pour toute autre raison, le reclassement ou les modifications apportées aux informations chiffrées de l'exercice précédent pour les rendre comparables, sont expliqués dans l'annexe.

**Article 30 :** Un exercice comptable a une durée de douze (12) mois couvrant l'année civile

Une entité peut toutefois être autorisée à avoir un exercice se clôturant à une autre date que le 31 décembre dans la mesure où son activité est liée à un cycle d'exploitation incompatible avec l'année civile

Dans les cas exceptionnels où l'exercice est inférieur ou supérieur à douze (12) mois et, notamment, en cas de création ou de cessation de l'entité ou en cas de modification de la date de clôture, la durée retenue doit être précisée et justifiée

Les modalités d'application de cet article sont précisées par voie réglementaire

#### CHAPITRE V DE LA CONSOLIDATION ET DES COMPTES COMBINES

**Article 31 :** Toute entité qui a son siège ou son activité principale sur le territoire national et qui contrôle une ou plusieurs autres entités établit et publie chaque année les états financiers consolidés de l'ensemble constitué par toutes ces entités

**Article 32 :** Outre les dispositions prévues aux articles des chapitres précédents, la consolidation des comptes vise à présenter la situation financière et le résultat d'un groupe d'entités comme s'il s'agissait d'une entité unique

**Article 33 :** L'établissement et la publication des états consolidés sont à la charge des organes sociaux de l'entité dominante de l'ensemble consolidé, dite entité consolidante

**Article 34 :** Les entités présentes territoire national qui forme un ensemble économique soumis à une même autorité de décision située ou non sur le territoire national, sans qu'existent entre elles de liens juridiques de domination, établissement et publient des comptes dénommée comptes combinés, comme s'il s'agissait d'une seule entité.

**Article 35 :** L'établissement et la publication des comptes combinés obéissent aux règles prévues en matière de comptes consolidés, sous réserve des dispositions résultant de la spécificité des comptes combinés liée à l'absence de liens de participation en capital.

**Article 36 :** Les conditions, modalités, méthodes et procédures d'établissement et de publication des comptes consolidés et des comptes combinés sont fixées par voie réglementaire.

#### CHAPITRE VI DES CHANGEMENTS DESTINATION ET DE METHODES COMPTABLES

**Article 37 :** Une entité peut procéder à des changements d'estimations comptables ou de méthodes comptables lorsque ceux-ci ont pour but une amélioration qualitative des états financiers.

**Article 38 :** Les changements d'estimations comptables sont fondés sur les changements des circonstances sur lesquelles une estimation est effectuée, une meilleure expérience ou de nouvelles informations et permettent d'obtenir et de fournir une information plus fiable.

**Article 39 :** Les changements de méthodes comptables concernent les modifications de principes, bases, conventions, règles et pratiques spécifiques appliqués par une entité pour établir et présenter ses états financiers.

Un changement de méthode comptable n'est effectué que s'il imposé dans le cadre d'une nouvelle réglementation ou s'il permet une amélioration dans la présentation des états financiers de l'entité concernée.

**Article 40 :** Les modalités de prise en compte dans les états financiers des changements d'estimations et des méthodes comptables sont fixées par voie réglementaire.

#### CHAPITRE VII DISPOSITIONS FINALES

**Article 41 :** Le système comptable financier défini par la présente loi entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

**Article 42 :** Sont abrogées à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente loi, toutes dispositions contraires et notamment l'ordonnance n°75-35 du 29 avril 1975 portant plan comptable national.

**Article 43 :** La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant 25 novembre 2007.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**



Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre des finances,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007 portant système comptable financier ;

Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 fixant les attributions du ministre des finances ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de fixer les modalités d'application des articles 5, 7, 8, 9, 22, 25, 30, 36 et 40 de la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007 portant système comptable financier.

**Article 2 :** Le cadre conceptuel de la comptabilité financière prévu à l'article 7 de la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007, susvisée :

- définit les concepts qui sont à la base de la préparation et de la présentation des états financiers tels les conventions et principes comptables à respecter et les caractéristiques qualitatives de l'information financière ;
- constitue une référence pour l'établissement de nouvelles normes ;
- facilite l'interprétation des normes comptables et l'appréhension d'opérations ou d'événements non explicitement prévus par la réglementation comptable.

**Article 3 :** Le cadre conceptuel de la comptabilité financière a pour objectif d'aider :

- au développement des normes ;
- à la préparation des états financiers ;
- à l'interprétation par les utilisateurs de l'information contenue dans les états financiers préparés en conformité avec les normes comptables ;
- à la formulation d'une opinion sur la conformité des états financiers avec les normes.

**Article 4 :** La comptabilité de chaque entité doit :

- respecter la terminologie et les principes directeurs fixés par le système comptable financier ;
- mettre en œuvre des conventions, des méthodes et des procédures normalisées ;
- s'appuyer sur une organisation répondant aux exigences de tenue, de contrôle, de collecte et de communication des informations à traiter.

La comptabilité doit permettre d'effectuer des comparaisons périodiques et d'apprécier l'évolution de l'entité dans une perspective de continuité d'activité.

Les modalités d'application de cet article sont fixées par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 5 :** Les méthodes comptables sont les principes, conventions, règles et pratiques spécifiques définis aux articles ci-dessous qui doivent être appliqués par une entité de façon permanente d'un exercice à un autre pour établir et présenter ses états financiers.

**Article 6 :** Les effets des transactions et autres événements sont comptabilisés sur la base d'une comptabilité d'engagement, au moment de la survenance de ces transactions ou événements.

Ils sont présentés dans les états financiers des exercices auxquels ils se rattachent.

**Article 7 :** Les états financiers sont établis sur une base de continuité d'exploitation, en présumant que l'entité poursuivra ses activités dans un avenir prévisible, à moins que des événements ou des décisions survenus avant la date de publication des comptes rendent probable, dans un avenir proche, la liquidation ou la cessation d'activité.

Lorsque les états financiers ne sont pas établis sur cette base, les incertitudes quant à la continuité d'exploitation sont indiquées et justifiées, et la base sur laquelle ils ont été arrêtés est précisée en annexe.

**Article 8 :** L'information fournie dans les états financiers doit revêtir les caractéristiques qualitatives de pertinence, de fiabilité, de comparabilité et d'intelligibilité.

**Article 9 :** L'entité doit être considérée comme étant une unité comptable autonome et distincte de ses propriétaires.

La comptabilité financière est fondée sur la séparation entre les actifs, passifs, charges et produits de l'entité et ceux des participants à ses capitaux propres ou de ses actionnaires.

Les états financiers de l'entité ne doivent prendre en compte que les transactions de l'entité, et non celles des propriétaires.

**Article 10 :** Chaque entité doit respecter la convention de l'unité monétaire.

L'unité de mesure unique pour enregistrer les transactions d'une entité est le dinar algérien.

Le dinar algérien est l'unité de mesure de l'information véhiculée par les états financiers.

Seuls les transactions et événements susceptibles d'être quantifiés monétairement sont comptabilisés. Cependant les informations non quantifiables mais pouvant avoir une incidence financière sont mentionnées dans l'annexe aux états financiers.

**Article 11 :** En vertu du principe d'importance relative :

- les états financiers doivent mettre en évidence toute information significative, pouvant avoir une influence sur le jugement que les utilisateurs de l'information peuvent porter sur l'entité ;
- les montants non significatifs peuvent être regroupés avec des montants correspondant à des éléments de nature ou de fonction similaires ;
- l'image fidèle des états financiers doit traduire la connaissance que les dirigeants ont de la réalité et de l'importance relative des événements enregistrés ;
- les normes comptables peuvent ne pas s'appliquer aux éléments sans importance significative.

**Article 12 :** Le résultat de chaque exercice est indépendant de celui qui le précède et de celui qui le suit.

Pour sa détermination, seuls lui sont imputés les opérations et événements qui lui sont propres.

**Article 13 :** Tout événement ayant un lien direct et prépondérant avec une situation existant à la date de clôture des comptes d'un exercice et connu entre cette date et celle de l'approbation des comptes dudit exercice, doit être rattaché à l'exercice clos.

Si un événement se produit après la date de clôture de l'exercice et n'affecte pas la situation de l'actif ou du passif de la période précédant l'approbation des comptes, aucun ajustement n'est à effectuer. Cet événement doit faire l'objet d'une information dans l'annexe aux états financiers s'il est d'une importance telle qu'il pourrait affecter les décisions des utilisateurs des états financiers.

**Article 14 :** La comptabilité doit satisfaire au principe de prudence impliquant l'appréciation raisonnable des faits dans des conditions d'incertitude afin d'éviter le risque de transfert, sur l'avenir, d'incertitudes présentes susceptibles de grever le patrimoine ou le résultat de l'entité. Les actifs et les produits ne doivent pas être surévalués, et les passifs et les charges ne doivent pas être sous-évalués.

L'application de ce principe de prudence ne doit pas conduire à la création de réserves occultes ou de provisions excessives.

**Article 15 :** La cohérence et la comparabilité des informations comptables au cours des périodes successives impliquent une permanence dans l'application des règles et méthodes relatives à l'évaluation des éléments et à la présentation des informations.

Toute exception au principe de permanence des méthodes ne peut être justifiée que par la recherche d'une meilleure information ou par un changement de la réglementation.

**Article 16 :** Les éléments d'actifs, de passifs, de produits et de charges sont enregistrés en comptabilité et présentés dans les états financiers au coût historique, sur la base de leur valeur à la date de leur constatation, sans tenir compte des effets de variations de prix ou d'évolution du pouvoir d'achat de la monnaie.

Cependant des actifs et passifs particuliers tels que les actifs biologiques et les instruments financiers sont valorisés à leur juste valeur.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 17 :** Le bilan d'ouverture d'un exercice doit correspondre au bilan de clôture de l'exercice précédent.

**Article 18 :** Les opérations sont enregistrées en comptabilité et présentées dans les états financiers conformément à leur nature et à leur réalité financière et économique, sans s'en tenir uniquement à leur apparence juridique.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 19 :** Les états financiers doivent, par leur nature et leur qualité et dans le respect des principes et des règles comptables, satisfaire à l'objectif d'image fidèle en donnant des informations pertinentes sur la situation financière, la performance et la variation de la situation financière de l'entité.

Dans le cas où l'application d'une règle comptable se révèle impropre à donner une image fidèle de l'entité, les motifs doivent être mentionnés dans l'annexe aux états financiers.

Aucun traitement comptable inapproprié ne peut être corrigé par une indication des méthodes comptables utilisées, par des informations en annexe ou d'autres états explicatifs.

**Article 20 :** Les actifs sont constitués des ressources contrôlées par l'entité du fait d'événements passés et destinées à procurer à l'entité des avantages économiques futurs.

Le contrôle d'un actif correspond au pouvoir d'obtenir les avantages économiques futurs procurés par cet actif.

**Article 21 :** Les éléments d'actif destinés à servir de façon durable à l'activité de l'entité constituent l'actif non courant. Ceux qui, en raison de leur destination ou de leur nature, n'ont pas cette vocation constituent l'actif courant.

L'actif courant comprend :

- les actifs que l'entité s'attend à pouvoir réaliser, vendre ou consommer, dans le cadre du cycle d'exploitation normal représentant une période s'écoulant entre l'acquisition des matières premières ou des marchandises entrant dans l'exploitation, et leur réalisation sous forme de flux de trésorerie ;
- les actifs détenus essentiellement à des fins de transactions ou pour une durée courte que l'entité s'attend à réaliser dans les douze mois ;
- les liquidités ou quasi-liquidités dont l'utilisation n'est pas soumise à des restrictions.
- l'actif non courant comprend :
- les actifs qui sont destinés à être utilisés d'une manière continue pour les besoins des activités de l'entité telles que les immobilisations corporelles ou incorporelles ;
- les actifs détenus à des fins de placement à long terme ou qui ne sont pas destinés à être réalisés dans les douze mois à compter de la date de clôture.

**Article 22 :** Les passifs sont constitués des obligations actuelles de l'entité résultant d'événements passés et dont l'extinction devrait se traduire pour l'entité par une sortie de ressources représentatives d'avantages économiques.

Un passif est classé comme passif courant lorsque :

- il est attendu qu'il soit réglé dans le cadre du cycle normal d'exploitation ;
- ou il doit être payé dans les douze mois qui suivent la date de clôture.

Tous les autres passifs sont classés en tant que passifs non courants.

**Article 23 :** Les passifs à long terme portant intérêts sont classés en passifs non courants, même si leur règlement doit intervenir dans les douze mois suivant la date de clôture de l'exercice si :

- leur échéance initiale était fixée à plus de douze mois ;
- l'entité a l'intention de refinancer l'obligation sur le long terme ;
- cette intention est confirmée par un accord de refinancement ou de rééchelonnement des paiements, finalisé avant la date de clôture des comptes.

**Article 24 :** Les capitaux propres ou fonds propres ou capital financier correspondent à l'excédent des actifs de l'entité sur ses passifs courants et non courants, tels que définis aux articles précédents.

**Article 25 :** Les produits d'un exercice correspondent aux accroissements d'avantages économiques survenus au cours de l'exercice, sous forme d'entrées ou d'augmentations d'actifs ou de diminutions de passifs. Les produits comprennent également les reprises sur pertes de valeur et sur provisions définies par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 26 :** Les charges d'un exercice correspondent aux diminutions d'avantages économiques survenues au cours de l'exercice, sous forme de sortie ou de diminution d'actifs ou d'apparition de passifs. Les charges comprennent les dotations aux amortissements ou provisions et les pertes de valeur définies par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 27 :** Le chiffre d'affaires correspond aux ventes de marchandises et productions vendues de biens et services, évaluées sur la base du prix de vente hors taxes et réalisées par l'entité avec les clients dans le cadre de son activité normale et ordinaire.

Le chiffre d'affaires des entités non assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée ou soumises sur une base forfaitaire est évalué sur la base du prix de vente toutes taxes comprises.

**Article 28 :** Le résultat net de l'exercice est égal à la différence entre le total des produits et le total des charges de cet exercice. Il correspond à la variation des capitaux propres entre le début et la fin de l'exercice, hors opérations affectant directement le montant des capitaux propres sans affecter les charges ou les produits.

Le résultat net correspond à un bénéfice en cas d'excédent des produits sur les charges et à un déficit dans le cas contraire.

**Article 29 :** Les normes comptables prévues à l'article 8 de la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007, susvisée, constituent des dispositifs techniques découlant du cadre conceptuel et définissant les méthodes d'évaluation et de comptabilisation des éléments des états financiers et sont précisées à l'article 30 ci-dessous.

**Article 30 :** Les normes relatives à l'actif concernent notamment :

- les immobilisations corporelles et incorporelles ;
- les immobilisations financières ;
- les stocks et les encours.

Les normes relatives au passif concernent notamment :

- les capitaux propres ;
- les subventions ;
- les provisions pour risques ;
- les emprunts et autres passifs financiers.

Les normes relatives aux règles d'évaluation et de comptabilisation :

- des charges ;
- des produits.

Les normes particulières concernent notamment :

- l'évaluation des charges et des produits financiers ;
- les instruments financiers ;
- les contrats d'assurances ;
- les opérations faites en commun ou pour le compte de tiers ;
- les contrats à long terme ;
- les impôts différés ;
- les contrats de location - financement ;
- les avantages au personnel ;
- les opérations effectuées en monnaie étrangère.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 31 :** Conformément à l'article 9 de la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007, susvisée, la nomenclature des comptes est un ensemble de comptes regroupés en catégories homogènes appelées classes.

La nomenclature des comptes, leur contenu et les règles de leur fonctionnement sont définis par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 32 :** Conformément à l'article 25 de la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007, susvisée, les états financiers comprennent :

- le bilan ;
- le compte de résultats ;
- le tableau de flux de trésorerie ;
- le tableau de variations des capitaux propres ;
- l'annexe.

**Article 33 :** Le bilan décrit séparément les éléments de l'actif et les éléments du passif.

La présentation des actifs et des passifs dans le corps du bilan fait ressortir la distinction entre les éléments courants et les éléments non courants.

Le contenu, le modèle et la présentation du bilan sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 34 :** Le compte de résultats est un état récapitulatif des charges et des produits réalisés par l'entité au cours de l'exercice. Il ne tient pas compte de la date d'encaissement ou de décaissement et fait apparaître, par différence, le résultat net de l'exercice.

Le contenu, le modèle et la présentation du compte de résultats sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 35 :** Le tableau des flux de trésorerie a pour objet d'apporter aux utilisateurs des états financiers une base d'évaluation de la capacité de l'entité à générer des flux de trésorerie et des équivalents de trésorerie, ainsi que des informations sur l'utilisation de ces flux de trésorerie.

Le détail des rubriques, le modèle et la présentation du tableau de flux de trésorerie sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 36 :** Le tableau de variation des capitaux propres constitue une analyse des mouvements ayant affecté chacune des rubriques constituant les capitaux propres de l'entité au cours de l'exercice.

Le détail des rubriques, le modèle et la présentation du tableau de variation des capitaux propres sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 37 :** L'annexe aux états financiers comporte des informations qui présentent un caractère significatif ou qui sont utiles pour la compréhension des opérations figurant sur ces états financiers.

Les notes annexes aux états financiers font l'objet d'une présentation organisée. Chacun des postes de bilan, du compte de résultats du tableau des flux de trésorerie et du tableau de variation des capitaux propres renvoie à l'information correspondante dans les notes annexes.

Le modèle et le contenu de l'annexe et des notes annexes sont fixés par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 38 :** Conformément à l'article 30 de la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007, susvisée, une entité peut être autorisée à avoir un exercice se clôturant à une autre date que le 31 décembre.

Les modalités et conditions d'application du présent article sont définies par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 39 :** En application de l'article 36 de la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007, susvisée, les comptes consolidés sont établis par toute entité qui contrôle une ou plusieurs entités.

Le contrôle est défini comme le pouvoir de diriger les politiques financières et opérationnelles d'une entité afin de tirer des avantages de ces activités.

**Article 40 :** Une entité est considérée contrôlant une autre entité dans les cas suivants :

- détention directe, ou indirecte, par l'intermédiaire de filiales, de la majorité des droits de vote dans une autre entité ;
- pouvoir sur plus de 50 % des droits de vote obtenu dans le cadre d'un accord avec les autres associés ou actionnaires ;
- pouvoir de nommer ou de révoquer la majorité des dirigeants d'une autre entité ;
- pouvoir de fixer les politiques financières et opérationnelles de l'entité ;
- pouvoir de réunir la majorité des droits de vote dans les réunions des organes de gestion d'une entité.

**Article 41 :** Les entités prévues aux articles 31 et 34 de la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007, susvisée, établissent des comptes consolidés ou des comptes combinés suivant la méthode de l'intégration globale et la méthode de la mise en équivalence.

Les modalités d'établissement, de présentation et de publication des comptes consolidés et des comptes combinés sont fixées par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 42 :** En application de l'article 40 de la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007, susvisée, les changements d'estimations et des méthodes comptables sont pris en compte dans les états financiers.

Les procédures comptables de prise en charge de l'impact des changements suscités sur les états financiers sont fixées par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 43 :** Conformément aux articles 5 et 22 de la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007, susvisée, les petites entités qui remplissent les conditions d'activité, de chiffre d'affaires et d'effectifs sont assujetties à une comptabilité simplifiée dite de trésorerie, sauf option contraire de leur part et à l'établissement d'états financiers spécifiques constitués :

- d'une situation en fin d'exercice ;
- d'un compte de résultats de l'exercice ;
- d'un état de variation de la trésorerie au cours de l'exercice.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé des finances.

**Article 44 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 20 Joumada El Oula 1429 correspondant au 26 mai 2008.

**Abdelaziz BELKHADEM.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre des finances,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu le décret présidentiel n° 99-240 du 17 Rajab 1420 correspondant au 27 octobre 1999 relatif à la nomination aux emplois civils et militaires de l'Etat ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 90-188 du 23 juin 1990 déterminant les structures et les organes de l'administration centrale des ministères, notamment son article 17 ;  
Vu le décret exécutif n° 90-227 du 25 juillet 1990, modifié et complété, fixant la liste des fonctions supérieures de l'Etat au titre de l'administration, des institutions et organismes publics ;  
Vu le décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990, modifié et complété, fixant le mode de rémunération applicable aux fonctionnaires et agents publics exerçant des fonctions supérieures de l'Etat ;  
Vu le décret exécutif n° 95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 fixant les attributions du ministre des finances ;  
Vu le décret exécutif n° 98-40 du 4 Chaoual 1418 correspondant au 1er février 1998, modifié et complété, relatif au transfert des attributions, fonctions et de la gestion des structures, moyens et personnels se rapportant à la gestion du budget d'équipement de l'Etat ;  
Vu le décret exécutif n° 07-364 du 18 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 28 novembre 2007 portant organisation centrale du ministère des finances, notamment son article 3 ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions de l'article 3 du décret exécutif n° 07-364 du 18 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 28 novembre 2007, susvisé, le présent décret a pour objet de fixer les missions, l'organisation et le fonctionnement de l'inspection des services de l'administration centrale du budget désignée, ci-après, "l'inspection".

**Article 2 :** Sans préjudice des attributions conférées par les lois et règlements en vigueur aux autres institutions et organes de contrôle, l'inspection est chargée, sous l'autorité directe du directeur général du budget, d'effectuer des missions de contrôle, d'inspection et d'évaluation portant notamment sur :

- l'application de la législation et de la réglementation en vigueur ainsi que des normes techniques des finances publiques et de la réglementation du budget pour améliorer l'efficacité de la dépense publique ;
- la mise en œuvre, le suivi et l'exécution du budget selon les objectifs fixés ;
- l'utilisation rationnelle et optimale des moyens et des ressources mis à la disposition des structures qui dépendent de la direction générale du budget ;
- la participation, en collaboration avec les structures centrales concernées, aux actions de formation et de perfectionnement portant sur les finances publiques et les techniques du contrôle financier ;
- la mise en œuvre des décisions et orientations qui sont données par la hiérarchie ;
- le fonctionnement normal et régulier de l'administration centrale du budget, des structures et services déconcentrés en dépendant ;
- la concrétisation de l'impératif de rigueur dans l'organisation du travail, dans le respect des lois et règlements en vigueur.

L'inspection peut être, en outre, appelée à effectuer des travaux d'étude et de réflexion entrant dans son domaine de compétence, et toute mission ponctuelle de contrôle sur des dossiers précis, des situations particulières ou des requêtes en rapport avec les attributions de la direction générale du budget.

L'inspection doit également proposer, à l'issue de ces missions, des recommandations ou toutes mesures susceptibles de contribuer à l'amélioration et au renforcement de l'action et de l'organisation des structures et services inspectés.

**Article 3 :** L'inspection intervient sur la base d'un programme annuel d'inspection.

Elle peut également intervenir, de manière inopinée, à la demande du directeur général du budget, pour effectuer toute mission d'enquête rendue nécessaire par des circonstances particulières.

A cet effet, elle peut demander à être accompagnée par les responsables compétents les ordonnateurs susceptibles d'être concernés et les représentants des secteurs de l'administration centrale du budget lorsque les circonstances le justifient.

Elle est tenue de préserver la confidentialité des informations et documents auxquels elle accède et dont elle a la gestion.

**Article 4 :** Nonobstant les missions ponctuelles et les visites inopinées, chaque mission d'inspection et de contrôle doit être entamée conformément au programme annuel et clôturée par un rapport circonstancié que l'inspecteur général établit.

L'inspecteur général établit un rapport annuel d'activités de sa structure dans lequel il formule ses observations et propositions portant sur l'évaluation du fonctionnement des structures centrales et services déconcentrés ainsi que de leurs travaux.

Un règlement intérieur de l'inspection précisera, en tant que de besoin, les autres procédures de son fonctionnement.

**Article 5 :** L'inspection est dirigée par un inspecteur général assisté de huit (8) inspecteurs.

**Article 6 :** L'inspecteur général et les inspecteurs sont nommés par décret présidentiel conformément à la réglementation en vigueur. Il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes.

Les fonctions d'inspecteur général et d'inspecteur sont respectivement classées et rémunérées par référence à la fonction d'inspecteur général de ministère et de directeur d'administration centrale de ministère, conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 7 :** Toutes dispositions contraires au présent décret sont abrogées, notamment celles de l'article 3, alinéa 2, point 6 du décret exécutif n° 98-40 du 4 Chaoual 1418 correspondant au 1er février 1998, modifié et complété, susvisé.

**Article 8 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 20 Joumada El Oula 1429 correspondant au 26 mai 2008.

**Abdelaziz BELKHADEM.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de l'économie ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 relative aux lois de finances modifiée et complétée ;  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;  
Vu la loi n° 90-32 du 4 décembre 1990 relative à l'organisation et au fonctionnement de la Cour des comptes ;  
Vu le décret exécutif n°90-189 du 23 juin 1990 fixant les attributions du ministre de l'économie ;  
Vu le décret exécutif n° 90-190 du 23 juin 1990 portant organisation de l'administration centrale du ministère de l'économie ;

**Décète:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Les ordonnateurs des organismes et institutions publics visés à l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, peuvent recourir au mode de paiement par voie d'accréditif, pour l'acquisition de fournitures, matériels et équipements auprès des fournisseurs étrangers.

**Article 2** : La demande d'ouverture de l'accréditif, datée et signée par l'ordonnateur de l'organisme public est adressée au comptable assignataire qui la vise pour approbation et la transmet à l'établissement bancaire concerné.

Aucun accréditif ne peut être ouvert à un organisme public, si la demande d'ouverture ne comporte pas le visa prévu à l'alinéa précédent.

**Article 3** : La demande d'ouverture de l'accréditif mentionnée à l'article 2, doit comporter les indications suivantes :  
la nature de la dépense,

le montant à payer, libellé en dinars et arrêté en lettre et en chiffres, avec conversion en monnaie étrangère demandée par le fournisseur. L'établissement bancaire algérien domiciliaire de l'opération.

**Article 4** : Dès l'ouverture de l'accréditif par l'établissement bancaire, les fonds nécessaires au règlement de la dépense en cause sont abrités à un compte de trésorerie ou à un compte hors budget, selon que celle-ci est imputable au budget général de l'Etat, ou à celui d'un autre organisme.

Les conditions d'ouverture et de fonctionnement de ces comptes seront fixées par instruction du ministre chargé des finances.

**Article 5** : Pour la réalisation de l'opération visée à l'article précédent, l'ordonnateur émet au profit du comptable assignataire une ordonnance ou un mandat de paiement pour un montant correspondant à la dépense, auquel sont jointes les pièces justificatives ci-après :  
la demande d'ouverture de l'accréditif,

la copie certifiée conforme du contrat ou de la ou les factures pro forma visées par le contrôleur financier.

**Article 6** : A la réception de l'ordonnance ou du mandat de paiement, le comptable assignataire procède après vérification, à son admission en dépense, en l'imputant définitivement au chapitre approprié du budget de l'organisme public concerné et crédite à du concurrence selon le cas, le compte de trésorerie ou le compte hors budget visés à l'article 4 ci-dessus.

**Article 7** : Le comptable assignataire effectue le virement des sommes consignées aux comptes précités, au profit de l'établissement bancaire intéressé, aussitôt que celui-ci lui adresse une demande de paiement pour l'ouverture de l'accréditif auprès de son correspondant à l'étranger.

**Article 8** : Les incidences financières, résultant des fluctuations du taux de change et des commissions, constatées à la réception des documents définitifs, font l'objet, soit d'un ordonnancement ou d'un mandatement complémentaire au profit de l'établissement bancaire, soit d'un reversement par ce dernier au budget de l'organisme public concerné.

**Article 9** : Les ordonnancements ou mandatements complémentaires et les reversements visés ci-dessus, sont justifiés au moyen des documents définitifs produits par l'ordonnateur au comptable assignataire à la réception des fournitures.

défaut d'ordonnancement ou de mandatement complémentaire par l'ordonnateur dans un délai raisonnable, le comptable assignataire procède dans ce cas au débit d'office du montant à virer à l'établissement bancaire.

**Article 10** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 9 janvier 1992

Sid Ahmed GHOZALI



Le Premier ministre,  
Sur le rapport du ministre des finances ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa2) ;  
Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;  
Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 modifiée et complétée, relative à la comptabilité publique ;  
Vu la l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la cour des comptes ;  
Vu le décret présidentiel n° 08-365 du 17 Dhou El Kaada 1429 correspondant au 15 novembre 2008 portant nomination du Premier ministre ;  
Vu le décret présidentiel n° 08-366 du 17 Dhou El Kaada 1429 correspondant au 15 novembre 2008 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 92-19 du 9 janvier 1992 fixant la procédure de paiement par accreditif des dépenses de l'Etat des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif ;  
Vu le décret exécutif n° 95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 fixant les attributions du ministre des finances ;  
**Après approbation du Président de la République ;**

**Décète:**

**Article 1<sup>er</sup>:** Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter les dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n° 92-19 du 9 janvier 1992, susvisé.

**Article 2 :** Les dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n° 92-19 du 9 janvier 1992, susvisé, sont modifiées, complétées et rédigées comme suit :

“ Article 1<sup>er</sup>. – Les ordonnateurs des organismes et institutions publics visés à l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique peuvent recourir au mode de paiement par voie d'accreditif, pour les prestations de services, l'acquisition de fournitures matériels et équipements auprès des fournisseurs étrangers”

**Article 3 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 Moharram 1430 correspondant au 25 janvier 2009.

**Ahmed OUYAHIA**



**Décret exécutif n° 93-301 du 24 Joumada Ethania 1414 correspondant au 8 décembre 1993 fixant, à titre transitoire, les dispositions relatives aux délais et à la forme de présentation des comptes à la Cour des comptes.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2) et 160;

Vu l'ordonnance n° 75-89 du 30 décembre 1975 portant code des postes et télécommunications;

Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique;

Vu la loi n° 90-32 du 4 décembre 1990 relative à l'organisation et au fonctionnement de la Cour des comptes, notamment ses articles 44, 45, 59, 60, 61 et 62;

Vu le décret n° 70-154 du 22 octobre 1970 fixant la nomenclature des dépenses et des recettes des wilayas;

Vu le décret n° 77-103 du 28 juin 1977 relatif à la gestion administrative et financière des missions diplomatiques et des postes consulaires;

Vu le décret n° 84-71 du 17 mars 1984 fixant la nomenclature des dépenses et des recettes des communes;

Vu le décret n° 85-309 du 17 décembre 1985 fixant l'organisation et le fonctionnement de l'agence comptable des postes et télécommunications;

Vu le décret n° 86-225 du 2 septembre 1986 portant création, organisation et fonctionnement de l'agence comptable centrale du Trésor;

Vu le décret n° 87-125 du 12 mai 1987, modifié et complété, portant organisation à titre transitoire, de certaines structures opérationnelles des postes et télécommunications;

Vu le décret n° 88-104 du 23 mai 1988 portant création, organisation et fonctionnement de la trésorerie centrale et de la trésorerie principale;

Vu le décret exécutif n° 91-311 du 7 septembre 1991 relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics;

Vu le décret exécutif n° 91-313 du 7 septembre 1991 fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et des comptables publics;

Vu le décret exécutif n° 91-451 du 16 novembre 1991 portant organisation et fonctionnement de l'agence comptable des timbres-postes;

Vu le décret exécutif n° 93-108 du 5 mai 1993 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des régies de recettes et de dépenses;

Décrète :

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de fixer, à titre transitoire, les dispositions relatives aux délais et à la forme de présentation des comptes à la Cour des comptes.

**Article 2** : Les ordonnateurs principaux et secondaires des administrations, institutions, collectivités territoriales et organismes ci-après :

- Présidence de la République,
- Services du Chef du Gouvernement,
- Départements ministériels,
- Services déconcentrés de l'Etat,
- Conseil constitutionnel,
- Assemblée populaire nationale,
- Cour des comptes,
- Wilayas,
- Communes,
- Etablissements publics à caractère administratif,
- Missions diplomatiques et postes consulaires,
- Autres institutions, administrations, organismes et services publics dotés de l'autonomie financière et soumis aux règles de la comptabilité publique.

Sont tenus de déposer auprès de la Cour des comptes ou de transmettre aux agents chargés de l'apurement administratif au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice budgétaire clos, leur compte administratif.

**Article 3** : Les comptables publics des administrations, institutions, collectivités territoriales et organismes visés à l'article 2 ci-dessus, sont tenus de déposer à la Cour des comptes ou transmettre aux comptables publics ou aux agents chargés de l'apurement administratif dans les délais prévus à l'article 2 ci-dessus, leur compte de gestion.

**Article 4** : Les directeurs généraux des établissements et/ou organismes régis par la législation commerciale et soumis à des sujétions de service public, sont tenus à la production d'un compte d'emploi justifiant l'utilisation des subventions allouées par l'Etat et/ou les collectivités territoriales.

Ces comptes accompagnés du bilan, des comptes de résultats, des tableaux annexes et documents justificatifs, doivent être déposés auprès de la Cour des comptes au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice clos.

**Article 5** : Les comptes de gestion de l'agent comptable central du Trésor et de l'agent comptable centralisateur du ministère des postes et télécommunications sont déposés auprès de la Cour des comptes avant le 1er septembre de l'année suivant l'exercice écoulé.

**Article 6** : Les comptes administratifs, les comptes de gestion, les bilans, les comptes de résultats et les pièces justificatives y afférentes sont présentés à la Cour des comptes suivant la forme prévue par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 7** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 24 Joumada Ethania 1414 correspondant au 8 décembre 1993.

**Rédha Malek**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre des finances,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-40 et 125 (alinéa 2),

Vu la loi n° 63-198 du 8 juin 1963, modifiée et complétée, instituant une agence judiciaire du Trésor ;

Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990, modifiée et complétée, relative à la comptabilité publique ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la cour des comptes ;

Vu le décret présidentiel n° 02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-60 du 23 février 1991, modifiée et complétée, déterminant l'organisation et les attributions des services extérieurs de l'administration fiscale ;

Vu le décret exécutif n° 91-129 du 11 mai 1991 relatif à l'organisation, aux attributions et au fonctionnement des services extérieurs du Trésor ;

Vu le décret exécutif n° 91-311 du 7 septembre 1991 relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 92-118 du 14 mars 1992, modifiée et complétée, fixant la liste, les conditions d'accès et la classification des postes supérieurs des services extérieurs du Trésor ;

Vu le décret exécutif n° 92-120 du 14 mars 1992, modifiée et complétée, fixant la liste, les conditions d'accès et la classification des postes supérieurs des structures locales de l'administration fiscale ;

Vu le décret exécutif n° 95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 modifiée et complétée fixant les attributions du ministre des finances, notamment son article 7 (alinéa 4) ;

Vu le décret exécutif n° 95-55 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 modifiée et complétée, portant organisation de l'administration centrale du ministre des finances ;

Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;

#### **Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions du décret exécutif n° 91-129 du 11 mai 1991, susvisé ;

**Article 2 :** Les dispositions de l'article 2 du décret exécutif n° 91-129 du 11 mai 1991, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« **Art.2.** – Sous l'autorité du directeur général de la comptabilité, les services extérieurs du Trésor sont constitués par :

les directions régionales du trésor ;

la trésorerie centrale et la trésorerie principale ;

les trésoreries de wilayas ;

les trésoreries communales ;

les trésoreries des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires ».

**Article 3 :** Les dispositions de l'article 5 du décret exécutif n° 91-129 du 11 mai 1991, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« **Art.5.** – les directions régionales du trésor sont organisées en sous-directions dont le nombre ne peut excéder cinq (5) et comprenant deux (2) à quatre (4) bureaux au maximum

le directeur régional du trésor peut être assisté de chargés d'études, dont le nombre ne peut excéder trois (3).

Un arrêté du ministre chargé des finances fixera l'organisation et le fonctionnement de chaque sous-direction ».

**Article 4 :** Les dispositions de l'article 10 du décret exécutif n° 91-129 du 11 mai 1991, susvisé, sont complétées comme suit

« **Art.10.** – la trésorerie de wilaya est chargée de :

1).....jusqu'à7).....(sans changement) ;

l'apurement des opérations des trésoreries communales et des trésoreries des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires ; du contrôle des budgets communes, des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires ».

**Article 5 :** Les dispositions du décret exécutif n° 91-129 du 11 mai 1991, susvisé, sont complétées par un article 10 bis ainsi rédigé :

« **Art.10 bis** – les trésoreries communales et les trésoreries des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires sont classées en quatre (4) catégories.

Elles sont dirigées par un trésorier qui peut être secondé par un fondé de pouvoirs.

Elles sont chargées de l'exécution de toutes les opérations de recettes et de dépenses des budgets de la commune et des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires ainsi que des établissements publics à caractère administratif dont le trésorier assure la gestion.

Un arrêté du ministre chargé des finances fixera l'organisation et les attributions des trésoreries communales et des trésoreries des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires ».

**Article 6 :** Les dispositions de l'article 11 du décret exécutif n° 91-129 du 11 mai 1991, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« **Art.11.** – la trésorerie de wilaya, placée sous l'autorité d'un trésorier assisté d'un (1) ou de deux (2) fondés de pouvoirs, comprend huit (8) bureaux au plus organisés en subdivisions.

Un arrêté du ministre chargé des finances fixera la consistance des bureaux et leur organisation en subdivisions ».

**Article 7 :** Les dispositions du décret exécutif n° 91-129 du 11 mai 1991, susvisé, sont complétées par un article 13 bis ainsi rédigé :

« **Art.13. bis** – les trésoriers communaux et les trésoriers des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires sont nommés par arrêté du ministre chargé des finances, conformément aux dispositions de l'article 34 de la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique.

La rémunération attachée à la fonction de trésorier communal et de trésorier du secteur sanitaire et du centre hospitalo-universitaire est celle découlant de la classification des receveurs des impôts de même catégorie ».

**Article 8 :** Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées.

**Article 9 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le 17 Dhou El Kaâda 1423 correspondant au 19 janvier 2003

**Ali BENFLIS**

Le ministre des finances,

Vu la loi n°84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n°90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, modifiée et complétée ;

Vu l'ordonnance n°95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;

Vu le décret présidentiel n°05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1er mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°91-129 du 11 mai 1991, modifié et complété, relatif à l'organisation, aux attributions et au fonctionnement des services extérieurs du Trésor ;

Vu le décret exécutif n°91-311 du 7 septembre 1991, modifié et complété, relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n°91-313 du 7 septembre 1991, modifié et complété, fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n°95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995, modifié et complété, fixant les attributions du ministre des finances ;

Vu le décret exécutif n°95-55 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995, modifié et complété, portant organisation de l'administration centrale du ministère des finances ;

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup>.** En application des dispositions de l'article 10 du décret exécutif n°91-129 du 11 mai 1991, modifié et complété, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer l'organisation et les attributions des trésoreries communales, des trésoreries des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires.

**I – De la trésorerie communale**

**Article 2.** La trésorerie communale est placée sous l'autorité d'un trésorier qui peut être assisté par un fondé de pouvoirs.

Elle est organisée en six (6) subdivisions :

- subdivision des dépenses et des établissements gérés ;
- subdivision du règlement ;
- subdivision de la comptabilité et de la caisse ;
- subdivision du compte de gestion et des archives ;
- subdivision du recouvrement ;
- subdivision des poursuites et du contentieux.

**Article 3.** La subdivision des dépenses et des établissements gérés est chargée :

- de la réception, de la prise en charge et de la vérification, conformément à la réglementation en vigueur, des mandats émis dans le cadre de l'exécution du budget de la commune ;
- des opérations de dépenses pour le compte de l'Etat ;
- de la réception, de la prise en charge et de la vérification, conformément à la réglementation en vigueur, des mandats émis dans le cadre de l'exécution des budgets des établissements publics à caractère administratif dont la gestion comptable est rattachée à la trésorerie communale ;
- de l'établissement des statistiques relatives aux émissions, admissions et rejets des mandats émis ;
- de la tenue du fichier des marchés publics.

**Article 4.** La subdivision du règlement est chargée :

- de la tenue de la comptabilité des crédits des budgets de la commune et des établissements publics à caractère administratif dont la gestion comptable est rattachée à la trésorerie communale ;
- du contrôle et de la vérification des régies d'avances et de recettes ;
- de la comptabilisation et de l'apurement des virements ayant fait l'objet d'une réimputation ;
- de l'établissement des chèques de virement et des ordres de paiement ;
- de veiller à la régularité des opérations de virement ;
- d'assurer l'émargement, la comptabilisation et l'apurement des titres de paiement visés.

**Article 5.** La subdivision de la comptabilité et de la caisse est chargée :

- de la tenue des documents permettant la comptabilisation des opérations de recettes et de dépenses réalisées dans le cadre de l'exécution des budgets de la commune et des établissements publics à caractère administratif dont la gestion comptable est rattachée à la trésorerie communale ;
- du paiement en numéraire des titres de paiement assignés payables à la caisse de la trésorerie communale ;
- de l'encaissement des paiements en numéraire ou par chèques des différentes taxes et recettes prises en charge dans les écritures de la trésorerie et d'en délivrer quittance ;
- de l'arrêt journalier de la caisse ;
- de l'établissement du relevé journalier des opérations du poste comptable ;
- de l'arrêt mensuel des écritures du poste comptable et de la production de la balance des comptes ;
- de l'établissement des documents statistiques périodiques destinés à la trésorerie de wilaya de rattachement.

**Article 6.** La subdivision du compte de gestion et des archives est chargée :

- de l'établissement des comptes de gestion annuels du poste comptable et des établissements publics à caractère administratif dont la gestion comptable est rattachée à la trésorerie communale ;
- de la tenue et de la conservation des archives de la trésorerie et des établissements publics à caractère administratif dont la gestion comptable est rattachée à la trésorerie communale.

**Article 7.** La subdivision du recouvrement est chargée :

- de la prise en charge des titres de perception et ordres de recettes émis par l'ordonnateur compétent ;
- de la prise en charge des rôles émis au titre des taxes dont le recouvrement est assigné à la trésorerie communale :

\* la taxe foncière ;

\* la taxe d'enlèvement des ordures ménagères ;

\* les taxes spéciales du permis de construire, de lotir, de démolir et d'établissement des certificats de conformité, de morcellement et d'urbanisme ;

\* la taxe spéciale sur les affiches et plaques professionnelles ;

\* les taxes écologiques ;

\* les autres droits au comptant.

- du recouvrement des titres de perception et rôles pris en charge par la trésorerie.

**Article 8 :** La subdivision des poursuites et du contentieux est chargée:

- de l'engagement de la procédure de recouvrement forcé conformément à la réglementation en vigueur ;
- de la prise en charge des titres rendus exécutoires ainsi que des arrêtés et arrêts de débet prononcés respectivement par le ministre des finances et la Cour des comptes ;
- de l'établissement des situations mensuelles des recouvrements ;
- de la production des états des restes à recouvrer.

**II. Des trésoreries des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires**

**Article 9 :** Les trésoreries des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires sont placés sous l'autorité d'un trésorier qui peut être assisté par un fondé de pouvoirs.

Elles sont organisées en quatre (4) subdivisions :

- subdivision des dépenses et des établissements gérés ;
- subdivision du règlement ;
- subdivision de la comptabilité ;
- subdivision du recouvrement et des archives.

**Article 10 :** La subdivision des dépenses et des établissements gérés est chargée :

- de la réception, de la prise en charge et de la vérification, conformément à la réglementation en vigueur, des mandats émis dans le cadre de l'exécution des budgets du secteur sanitaire ou du centre hospitalo-universitaire et des établissements publics à caractère administratif y rattachés,
- de l'établissement des statistiques relatives aux émissions, admissions et rejets des mandats émis,

**Article 11 :** La subdivision du règlement est chargée:

- de la tenue de la comptabilité des crédits des budgets du secteur sanitaire ou du centre hospitalo-universitaire et des établissements publics à caractère administratif y rattachés ;
- du contrôle et de la vérification des régies d'avances et de recettes ;
- de la comptabilisation et de l'apurement des virements ayant fait l'objet d'une réimputation ;
- de l'établissement des chèques de virement et des ordres de paiement ;
- de veiller à la régularité des opérations de virement ;
- d'assurer l'émargement, la comptabilisation et l'apurement des titres de paiement visés.

**Article 12 :** La subdivision de la comptabilité est chargée :

- de la tenue des documents permettant la comptabilisation des opérations de recettes et de dépenses réalisées dans le cadre de l'exécution des budgets du secteur sanitaire ou du centre hospitalo-universitaire et des établissements publics à caractère administratif y rattachés ;
- de l'établissement du relevé journalier des opérations du poste comptable ;
- de l'arrêté mensuel des écritures du poste comptable ;
- de l'établissement des documents statistiques périodiques destinés à la trésorerie de wilaya de rattachement ;
- de l'établissement des comptes de gestion annuels du poste comptable et des établissements publics à caractère administratif y rattachés.

**Article 13 :** La subdivision du recouvrement et des archives est chargée :

- de la prise en charge des titres de perception et ordres de recettes émis par l'ordonnateur compétent ;
- du recouvrement des titres de perception pris en charge par la trésorerie,
- de l'engagement de la procédure de recouvrement forcé conformément à la réglementation en vigueur ;
- de la prise en charge des titres rendus exécutoires ;
- de l'établissement des situations mensuelles des recouvrements ;
- de la production des états des restes à recouvrer ;
- de la tenue et de la conservation des archives de la trésorerie et des établissements publics à caractère administratif y rattachés.

**Article 14 :** Le directeur de l'administration des moyens de la direction générale de la comptabilité, les directeurs régionaux du Trésor et les trésoriers de wilayas sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté.

**Article 15 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 3 Chaâbane 1426 correspondant au 7 septembre 2005.

**Mourad MEDELCI.**

Le Premier ministre,  
Sur le rapport du ministre des finances,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3<sup>et</sup> 125 (alinéa 2) ;  
Vu l'ordonnance n°66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;  
Vu l'ordonnance n°75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;  
Vu l'ordonnance n°75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce ;  
Vu la loi n°91-08 du 27 avril 1991 relative à la profession d'expert-comptable, de commissaire aux comptes et de comptable agréé ;  
Vu la loi n°01-21 du 7 Chaoual 1422 correspondant au 22 décembre 2001 portant loi de finances pour 2002, notamment son article 40 ;  
Vu la loi n°06-01 du 21 Moharram 1427 correspondant au 20 février 2006 relative à la prévention et à la lutte contre la corruption ;  
Vu la loi n°07-11 du 15 Dhoul El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007 portant système comptable financier, notamment son article 24 ;  
Vu la loi n°08-09 du 18 Safar 1429 correspondant au 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative ;  
Vu le décret présidentiel n°08-365 du 17 Dhoul El Kaada 1429 correspondant au 15 novembre 2008 portant nomination du Premier ministre ;  
Vu le décret présidentiel n°08-366 du 17 Dhoul El Kaada 1429 correspondant au 15 novembre 2008 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n°95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 fixant les attributions du ministre des finances ;  
Après approbation du Président de la République ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions prévues à l'article 24 de la loi n°07-11 du 15 Dhoul El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007 portant système comptable financier, le présent décret a pour objet de définir les conditions et modalités de tenue de la comptabilité financière au moyen de systèmes informatiques.

**Article 2 :** Les dispositions du présent décret sont applicables à toutes entités entrant dans le champ d'application de la loi n°07-11 du 15 Dhoul El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007, susvisée, dès lors que sa comptabilité est tenue au moyen de systèmes informatiques et lorsque ces systèmes participent directement ou indirectement à la justification d'une écriture comptable.

**Article 3 :** Un système informatique au sens du présent décret est une combinaison de ressources matérielles et de programmes informatiques qui permet :

- l'acquisition d'informations, selon une forme conventionnelle ou réglementaire ;
- le traitement de ces informations ;
- la restitution de données ou de résultats, sous différentes formes.

**Article 4 :** La tenue de la comptabilité au moyen de systèmes informatiques doit satisfaire à l'ensemble des obligations et principes comptables en vigueur et aux dispositions du présent décret.

**Article 5 :** Tout enregistrement comptable doit préciser l'origine, le contenu et l'imputation de chaque donnée ainsi que les références de la pièce justificative qui l'appuie.

Les éditions informatiques doivent être identifiées, numérotées et datées dès leur établissement par des moyens offrant toute garantie en matière de preuve.

**Article 6 :** Le caractère intangible ou irréversible des écritures imposé aux comptabilités manuelles s'applique aux comptabilités informatiques sous forme d'une procédure de validation de toute la période comptable qui interdit toute modification ou suppression d'écriture validée.

**Article 7 :** Une documentation décrivant les procédures et l'organisation comptables doit être établie par l'entité en vue de permettre la compréhension et le contrôle du système de traitement. Cette documentation est conservée et maintenue avec les mises à jour aussi longtemps qu'est exigée la présentation des documents comptables auxquels elle se rapporte.

**Article 8 :** Le logiciel de comptabilité utilisé doit comporter une documentation, décrivant la configuration et les spécifications, qui peut être imprimée ou disponible sous forme électronique.

Le logiciel de comptabilité doit se comporter comme décrit dans sa documentation. Il doit exister une conformité biunivoque entre le logiciel et sa documentation.

Le logiciel de comptabilité doit être conforme à ses buts explicites, et ne peut comporter de fonctionnalités non documentées.

**Article 9 :** L'entité utilisatrice du logiciel doit disposer d'un engagement de l'éditeur du logiciel :

- sur la conformité du logiciel aux prescriptions prévues par le présent décret ;
- acceptant de fournir, à la requête des agents de contrôle fiscaux ou à l'auditeur habilité par la loi, qui en feraient la demande justifiée, la documentation technique du logiciel de comptabilité.

**Article 10 :** Le logiciel doit permettre de générer automatiquement tous les états que l'entreprise doit produire en exécution de dispositions légales ou réglementaires et qui sont basés sur les données introduites dans le logiciel de comptabilité.

**Article 11 :** Tout état produit par le logiciel doit être strictement conforme aux dispositions légales ou réglementaires qui le régissent.

**Article 12 :** Le logiciel de comptabilité doit garantir, en contrôlant tant a priori qu'a posteriori, le respect des équilibres fondamentaux de la comptabilité en partie double, notamment :

- l'égalité entre le débit et le crédit de chaque écriture comptable ;
- l'égalité du débit et du crédit de tout journal pour toute période ;
- l'égalité des totaux de l'ensemble des pièces enregistrées et des journaux auxiliaires pour toute période ;
- l'égalité entre le total des mouvements du débit et celui des mouvements du crédit de la balance des comptes ;
- l'égalité des totaux des mouvements du débit et celle des totaux des mouvements du crédit du grand-livre des comptes ;
- l'égalité des totaux des journaux auxiliaires et des totaux du grand-livre ;
- l'égalité du total des soldes du grand-livre et celle du total des soldes de la balance ;
- l'égalité des totaux des mouvements et des soldes des comptes individuels (clients, fournisseurs) avec les totaux des mouvements et des soldes des comptes collectifs ;
- l'égalité des totaux débit/crédit des comptes ;
- les totaux des classes.

Le logiciel de comptabilité doit produire au moins mensuellement un journal centralisateur regroupant, par journal utilisé, les totaux de l'ensemble des opérations enregistrées au cours du mois.

La centralisation doit faire apparaître l'ensemble des totaux des journaux comptables.

**Article 13 :** Après la validation des écritures de toute période comptable, le logiciel de comptabilité ne doit permettre aucune modification ou suppression d'opération.

Avant toute clôture d'exercice, le logiciel de comptabilité doit rappeler l'obligation de validation de l'ensemble des écritures enregistrées. Après la clôture, les fonctions du logiciel ne doivent permettre que la consultation des écritures, l'édition ou la réédition des états comptables.



**Article 14 :** En application du principe d'intangibilité du bilan, le logiciel de comptabilité doit comprendre une procédure permettant la réouverture automatique des comptes d'actif et de passif qui doit être conforme aux comptes du bilan de clôture de l'exercice précédent, avec le détail des écritures constituant le solde.

**Article 15 :** Le logiciel de comptabilité doit proposer une fonctionnalité d'exportation du fichier des écritures comptables au bénéfice de tiers, dans un format aisément exploitable indépendamment du logiciel de comptabilité.

**Article 16 :** Tout état produit par le logiciel de comptabilité doit retracer les informations d'identification de l'entité, de l'état, de sa date d'édition, de son numéro de page et le détail et les références de l'opération avec mention qu'il correspond à une édition provisoire ou définitive.

**Article 17 :** Chaque utilisation du logiciel de comptabilité doit faire l'objet d'une procédure d'identification de l'utilisateur, suivie de son authentification cadrée par les habilitations qui lui ont été octroyées.

Le logiciel de comptabilité doit posséder les mécanismes de contrôle d'accès, via l'exécutable, qui permettent de restreindre l'utilisation de chaque fonction du logiciel aux seules personnes autorisées.

L'accès externe aux fichiers de bases de données doit être réservé aux seules personnes habilitées.

**Article 18 :** Le logiciel de comptabilité journalise dans un fichier dénommé journal électronique des événements toute opération réalisée au moyen du logiciel qui doit comprendre l'identification de l'auteur de l'opération, le poste de travail utilisé, la date et l'heure de l'opération, le type d'opération réalisée, les données ou paramètres impliqués.

**Article 19 :** Le logiciel de comptabilité doit comprendre une procédure d'archivage, qui permet de transférer l'ensemble des écritures et données comptables de périodes comptables clôturées ou non vers des supports de stockage amovibles, sans possibilité de modification.

La procédure d'archivage est assortie d'une procédure réciproque permettant, à partir des supports amovibles, de restaurer dans les fichiers comptables les écritures et données archivées.

En cas de changement de version du logiciel de comptabilité, la nouvelle version doit comporter les mécanismes requis pour pouvoir relire ou convertir les écritures archivées avec la ou les versions antérieures. La procédure d'archivage doit assurer l'antériorité de la date d'archivage demandée par rapport à la date de la dernière clôture périodique.

**Article 20 :** Le logiciel de comptabilité doit comprendre une procédure permettant de sauvegarder tous les fichiers requis pour effectuer une restauration complète du système comptable ou faisant référence à une procédure de restauration et de sauvegarde. Réciproquement, le logiciel de comptabilité doit comprendre une procédure permettant de restaurer complètement le système comptable, au départ d'une sauvegarde, ou faisant référence à une procédure de restauration et de sauvegarde.

**Article 21 :** Toute manipulation susceptible de présenter un risque de perte ou de corruption de données doit faire appel à la procédure qui exécute automatiquement une sauvegarde préalable des données, ou à défaut qui suggère à l'utilisateur d'effectuer cette sauvegarde préalable.

La procédure de sauvegarde comporte tous les mécanismes requis pour garantir la fiabilité des éléments sauvegardés, notamment le verrouillage de toutes les opérations susceptibles de mettre à jour les données comptables pendant la sauvegarde, la relecture de la sauvegarde après écriture assortie d'une comparaison entre le fichier sauvegardé et le fichier original.

La procédure de sauvegarde quotidienne doit s'exécuter automatiquement au même titre que la procédure de sauvegarde partielle qui s'exécute automatiquement à intervalles réguliers.

**Article 22 :** Le logiciel de comptabilité doit comporter un mécanisme qui permet de vérifier qu'il est toujours fiable. Le logiciel doit garder la trace de ses mises à jour dans un fichier dénommé journal, reprenant les mises à jour et leur contenu respectif.

Le logiciel doit comprendre une fonction qui édite automatiquement la valeur actuelle et la valeur par défaut de tous les paramètres dont la valeur s'écarte de la valeur par défaut.

**Article 23 :** La comptabilité tenue au moyen de systèmes informatiques doit respecter les procédures fiscales en vigueur. Le contrôle par l'administration fiscale de cette comptabilité doit porter conformément à l'article 40 de la loi n°01-21 du 7 Chaoual 1422 correspondant au 22 décembre 2001, susvisée, sur l'ensemble des informations, données et traitements informatiques qui concourent directement ou indirectement à la formation des résultats comptables ou fiscaux et à l'élaboration des déclarations rendues obligatoires par la législation fiscale ainsi que sur la documentation relative aux analyses, à la programmation et à l'exécution des traitements.

**Article 24 :** Les comptabilités informatisées doivent permettre de reconstituer, à partir des pièces justificatives appuyant les données entrées, les éléments des comptes, états et renseignements ou à partir de ces comptes, états et renseignements, de retrouver ces données et les pièces justificatives.

**Article 25 :** Les dispositions du présent décret sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre des finances.

**Article 26 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 11 Rabie Ethani 1430 correspondant au 7 avril 2009.

**Ahmed OUYAHIA.**

# **Bureau des Entrées**



**INSTRUCTION 03/MSP/MIN DU 07 DEC 2000 RELATIVE A L'ORGANISATION ET AU FONCTIONNEMENT DU BUREAU DES**

**ENTREES RELEVANT DES C.H.U, E.H.S ET SECTEURS SANITAIRES.**

**DESTINATAIRES :**

**MM :**

- Les Directeurs Généraux des C.H.U)
- Les Directeurs des E.H.S
- Les Directeurs des Secteurs Sanitaires)
- Les D.S.P

Pour exécution

Pour suivi de l'exécution

**REFERENCES :**

- Arrêtés interministériels du 26 Avril 1998 fixant les organigrammes des CHU, EHS et des Secteurs Sanitaires.
- Arrêté interministériel du 17 Septembre 1998 modifiant et complétant l'arrêté interministériel du 13 Mars 1995 fixant les conditions de nomination aux postes supérieurs des CHU, des secteurs sanitaires et des EHS.

L'analyse de l'état actuel de l'organisation et du fonctionnement du bureau des entrées dans la majorité des établissements de santé impose de prendre en urgence des mesures rigoureuses pour la mise en place, dès janvier 2001, de l'ensemble des activités dévolues à cette structure qui revêt un rôle stratégique en matière de gestion.

En effet, la place et l'importance du bureau des entrées, consacré officiellement au niveau des organigrammes des établissements de santé, trouvent leur pleine signification dans le réseau des relations internes et externes qu'il est appelé à entretenir en se plaçant comme son principal du système d'information et d'évaluation périodiques des actions de soins et en assurant convenablement le traitement et le suivi des données.

Les rapports contractuels qui sont appelés à se développer à l'avenir en matière de financement des activités des établissements de santé avec les différents partenaires, exigent que soient préalablement réhabilités et rendus opérationnels les bureaux des entrées.

Cette mesure s'inscrit dans le cadre des actions à mener en vue d'améliorer la gestion administrative et financière des établissements de paiements.

**1- ACTIONS A MENER A COURT TERME**

Elles concernent principalement

1-1 La préparation des différents intervenants à l'effet de rendre possible dans les meilleurs délais,

la mise en place des fonctions liées à la facturation.

1-2 le renforcement qualitatif et quantitatif des moyens humains et matériels pour permettre au bureau des entrées de remplir ses missions dans de bonnes conditions.

1-3 La réhabilitation de toutes les fonctions dévolues au bureau des entrées cette réhabilitation devra se traduire notamment par l'établissement systématique des bulletins d'admission des malades et la tenue des différents registres dont ceux de l'état civil

Elle devra permettre le recueil et l'analyse des informations ainsi que les indicateurs d'activités

(Consultation externes, soins ambulatoires, actes médico-techniques, journées d'hospitalisation, taux d'occupation, durée moyenne de séjour, taux de rotation des lits ...) l'exploitation des fiches navettes, le suivi et le classement des dossiers administratifs des malades.

Elle devra également aboutir à la prise en charge opérationnelle de l'émission de décomptes (facturation), du suivi des recouvrements, de la gestion de la régie recettes (caisse), de la participation à l'analyse des coûts et à la normalisation des activités de soins, et enfin à la gestion du contentieux.

Un logiciel actuellement à l'étude sera diffusé à l'ensemble des établissements de santé dès sa mise au point.

**2- ORGANISATION DU BUREAU DES ENTREES**

Le schéma général d'organisation ci-après identifie la prise en charge des missions et champs d'attribution dévolue au bureau des entrées. La mise en place de cette organisation doit être accompagnée de l'uniformisation des supports de gestion de l'information. La liste des supports normalisés est jointe en annexe de la présente instruction.

- le bureau des entrées doit être facile d'accès, tant pour les usagers que pour les différents services internes ayant des relations étroites avec celui-ci. Il doit être également signalé par les panneaux placés aux endroits appropriés. Les structures physiques doivent être suffisamment spacieuses pour permettre une prise en charge fonctionnelle des missions dévolues au bureau des entrées.

- Compte tenu de l'importance stratégique du bureau des entrées, le responsable devra être choisi parmi les administrateurs des services de santé ou les personnels titulaires d'un grade équivalent.

- Le niveau de qualification des personnels préposés au bureau des entrées doit être en adéquation avec les diverses fonctions à assumer. Les critères de sélection devront tenir compte aussi bien des qualités humaines que professionnelles et ce, eu égard à l'importance des aspects relationnels de cette fonction qu'il est indispensable de valoriser en vue de l'amélioration de l'accueil dans tous nos établissements de santé.

Les directeurs des établissements de santé doivent personnellement s'impliquer pour le succès de cette opération, en veillant scrupuleusement au respect des délais impartis et aux prescriptions sus énoncées.

Toute difficulté rencontrée dans l'application de la présente instruction devra être portée à la connaissance de l'administration centrale du Ministère de la Santé et de la Population – Direction des Services de Santé.

Les directeurs généraux des CHU, les directeurs des EHS, et les directeurs des Secteurs Sanitaires sont chargés de veiller à la stricte application de la présente instruction qui constitue un des éléments préalable à la mise en œuvre progressive de la contractualisation.

**LISTE DES SUPPORTS D'INFORMATION ET DE  
GESTION NORMALISES**

**1)- IMPRIMES :**

- DEMANDE D'HOSPITALISATION
- ENGAGEMENT A PAYER
- BULLETIN D'ADMISSION
- FICHE NAVETTE
- PERMIS DE RETRAIT DE MINEUR
- CERTIFICAT DE SEJOUR
- DECLARATION DE NAISSANCE
- DECLARATION DE DECES
- CERTIFICAT DE NON CONTAGION
- BON D'AMPHITHEATRE POUR LEVEE DU CORPS
- LETTRE AU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE
- ETAT JOURNALIER DES EFFECTIFS PAR SERVICE
- PROCES VERBAL D'ABANDON
- MOUVEMENT DE LA POPULATION HOSPITALIERE PAR SERVICES/MOIS
- RECOLLEMENT DES MALADES
- FICHE D'EVACUATION
- DECOMPTE
- FICHE NAVETTE HOSP/JOUR

**2)- REGISTRES :**

- REGISTRE DE NAISSANCES
- REGISTRE DECES
- REGISTRE REPERTOIRE (Par lettre alphabétique)
- REGISTRE JOURNAL
- REGISTRE DU MOUVEMENT DES MALADES
- REGISTRE D'EVACUATION.

# BUREAU DES ENTREES

## ACCUEIL ADMISSIONS

Accueil  
Renseignements Déclar.  
Orientations  
Dossiers Admin des malades  
Bulletins  
Imprimés

## ETAT CIVIL

Décl. Naissances  
Décès hospitalière  
Relations A.P.C  
  
Relation parquet  
Amphithéâtre

## MOUVEMENT POPULATION HOSPITALIERE

Mouvement Populaire  
Clas .P/débiteur  
Statistiques  
  
Expl.Fiche Thérap.  
  
Contentieux  
Constatations  
Recouvrement  
Prise en charge

## FACTURATION

Recherche débiteurs  
frais hospitalisation  
pl.Fiche Navette  
  
Traitement Ambulatoire  
Décompte

## CAISSES

Régie Avances  
Imprimés  
Ticket modérateur

## ARCHIVES

Registre

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**CIRCULAIRE N° 01 MSP/DSS DU 16 JUIN 2001**

**RELATIVE A L'INTERDICTION D'UTILISATION DES ORDONNANCES**

**MEDICALES POUR DEMANDER UNE HOSPITALISATION**

Mmes, Mlles et Mrs les,

- |                                              |        |                    |
|----------------------------------------------|--------|--------------------|
| * Directeurs de la santé et de la population | (Tous) | « pour suivi »     |
| * Directeurs Généraux des C.H.U.             | (Tous) | « pour exécution » |
| * Directeurs des E.H.S                       | (Tous) | « pour exécution » |
| * Directeur des Secteurs Sanitaires          | (Tous) | « pour exécution » |

**R.E.F.** : Instruction ministérielle n° 03 du 07/02/2001 relative au fonctionnement et la gestion du bureau des entrées des établissements de santé.

Lors des visites effectuées dans les établissements de santé des différentes wilayas, il a été constaté que les ordonnances médicales continuent à être utilisées pour demander une hospitalisation d'un malade.

Cette pratique ancienne devait normalement cesser, dès lors qu'il a été mis en circulation de nouveaux imprimés normalisés, dans le cadre de la réhabilitation des fonctions du bureau des entrées, l'un de ces imprimés étant précisément la «Demande d'hospitalisation», avec tous les renseignements utiles qui la caractérise.

Je vous demande par conséquent, d'instruire en toute urgence, l'ensemble des souscripteurs à l'effet de **ne plus utiliser** les « Ordonnances Médicales » mais exclusivement les «Demandes d'hospitalisation» et ce, quelque soit le mode d'admission du malade;

Il va sans dire alors, que toutes les dispositions nécessaires et utiles doivent être prises à l'effet de rendre disponible l'imprimé normalisé y afférent, en **quantité suffisante** et de façon **régulière et permanente** au niveau des lieux de consultations médicales, des urgences médico-chirurgicales, des services médicaux et tout autre endroit où la nécessité se fera ressentir.

Ce n'est qu'en présentant la « Demande d'hospitalisation », qu'on lui délivrera, dûment rempli, le « Bulletin d'Admission » informatisé. Aussi, les chefs de bureau des entrées sont tenues au respect de cette pratique et ne doivent en aucun cas, déroger à la règle d'un fonctionnement normalisé.

**MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE LA POPULATION**

LE MINISTRE

**INSTRUCTION N° 16 / MSPRH / MIN 2002 DU 22 SEPT 2002**

Destinataires :

- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la population
- Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires
- Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés

Le processus d'amélioration des prestations sanitaires doit être généralisé, mieux programmé et mis en œuvre au niveau local et national. La définition précise des changements positifs attendus par les citoyens et de leur échéancier, signifiera une meilleure capacité de mesurer leurs résultats et leurs coûts et d'évaluer la performance de la gestion à partir d'indicateurs objectifs.

Ces changements, clairement prioritaires, traduiront la détermination des gestionnaires de chaque structure à s'inscrire dans la dynamique des réformes et à apporter leur contribution locale et nationale. La mise en œuvre des priorités au niveau de tout le pays indiquera ainsi la volonté et la capacité d'aller au-delà des discours et des écrits.

L'évaluation des activités ainsi ciblées comme des priorités permettra de vérifier immédiatement la réactivité de nos équipes dirigeantes, et nous oblige depuis le secteur sanitaires jusqu'aux directions centrales, à mettre en œuvre les nouveaux dispositifs et les nouveaux critères d'allocations de ressources, basées sur le niveau réel des activités.

En attendant que se développent les travaux qui garantiront la cohérence de tous les efforts, je vous demande, c'est un rappel de consacrer votre énergie, durant ce dernier trimestre de l'année 2002, à :

1- Informer, mobiliser organiser toutes les capacités des travailleurs de la santé, du directeur jusqu'aux agents d'accueil, du chef de Service à l'agent d'hygiène, et toutes leurs compétences et leur esprit d'initiative, pour qu'ils adhèrent et qu'ils amplifient le projet d'établissement au niveau personnel et collectif.

2- Informer, rassurer prouver par une traduction dans les faits que le projet de l'établissement et du système national tout entier, a bien pour finalité prioritaire l'assise d'un secteur public rénové modernisé, offrant une prise en charge médicale complète, débarrassée des coûts cachés pour le malade (délais, examens complémentaires effectués dans le privé, les médicaments achetés par le malade, les restrictions alimentaires ...) que ce secteur public rénové sera la garantie absolue de la gratuité pour tous les malades démunis, pour tous les assurés sociaux et leurs ayants droit, pour toutes les personnes en difficulté (démunies ou non, \*chroniques\* ou non dans l'incapacité de faire face aux coûts de leurs soins, pour tous les patients relevant de programmes nationaux de santé publique .

3- Procéder à des réalisations concrètes, parmi lesquelles devront figurer :

Un bureau des entrées absolument performant et une maîtrise du système d'information sanitaire pour lesquels AUCUN DELAI SUPPLEMENTAIRE ne sera accordé après le 31 décembre 2002. A cette échéance, devra être institutionnalisée la remise systématique à tout patient hospitalisé, sortant d'un résumé clinique de sortie. Il est clair que les gestionnaires qui à cette date, n'auront pas définitivement mis en place ce dispositif essentiel de mesure, de transparence et d'évaluation, ne souhaitent pas et ne pourront pas participer à la gestion rénovée des établissements.

Une valorisation de la réputation de tous les travailleurs de la santé par la vérification des bonnes pratiques et de l'exécution des tâches de tous horaires de travail, rendez-vous fixés aux patients, quantités et qualité des actes ; possibilités de recours des patients. Une relance effective des activités extra hospitalières avec la fixation d'objectifs mesurables en matière de PMI, de programmes nationaux et de soins primaires de santé scolaire et de santé mentale.

Un renforcement humain et matériel (par un redéploiement qui traduira la capacité des gestionnaires à optimiser les ressources) des activités essentielles et impossibles à différer ou à exécuter ailleurs, maternités, urgences, blocs opératoires, soins intensifs dans toutes les disciplines.

Un programme de mise à niveau des capacités – existantes d'hospitalisation par l'offre, dans un délai de 12 mois, d'un minimum de 10 % de l'effectif total des lits qui devront être \*normalisés\*(chambre individuelles, literie, commodités.) Cette mesure est particulièrement opportune et nécessaire lorsque l'établissement accuse un taux d'occupation inférieur à 60%.

J'insiste sur l'esprit d'initiative qui doit caractériser les gestionnaires responsables et convaincus de devoir apporter des changements sensibles sans rester prisonniers des routines, des équilibres et des forces d'inertie qui ont conduit aux déficits actuels.

Cette instruction ne signifie donc pas que la démarche soit standardisée et figée. Chaque établissement trouvera ses rythmes et traduira ses avancées en fonction de sa détermination et de ses atouts.

Je considère que les mesures qui y sont précisément indiquées représentent un minimum sur lequel chaque gestionnaire évaluera et pourra être évalué avec plus d'objectivité.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

**CIRCULAIRE N° 3637 MSP/ DSS DU 23 / 12 / 1985**

DESTINATAIRES :

Messieurs les Walis : (Direction de la Santé de la Wilaya) **pour information et suivi**

Messieurs les Directeurs des Secteurs et des Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

**\*Pour Exécution\***

**Objet : Fiche navette.**

J'ai l'honneur de vous informer qu'il a été décidé de remettre en circulation à tous les services d'hospitalisation des Secteurs Sanitaires et des Etablissements Hospitaliers Spécialisés la fiche navette, dont le modèle est ci-joint, à dater du 1<sup>er</sup> janvier 1986.

Cette fiche navette devra accompagner le malade lors de son hospitalisation à toutes les interventions qui sont entreprises doivent être inscrites. Que ces investigations soient pratiquées par le service d'hospitalisation ou même dans un autre service de l'hôpital ou d'un autre secteur sanitaire.

Les soins courants ne doivent y être mentionnés.

Cette fiche navette permettra une évaluation non seulement de l'activité d'hospitalisation du service mais également des actes de diagnostic.

Elle sera servie à différents niveaux de la façon suivante :

**BUREAU DES ADMISSIONS :**

L'agent préposé aux admissions transcrira sur la fiche navette toutes les informations à caractère administratif.

A la sortie du malade la fiche navette est retournée au bureau des admissions.

L'agent devra alors porter sur les registres les informations concernant la somme des coefficients des actes qui ont été accomplis au malade par les différents services.

L'évaluation mensuelle, trimestrielle et annuelle par service sera effectuée par ce bureau.

**SERVICES MEDICAUX :**

Le surveillant médical est responsable de l'inscription sur la fiche navette de chaque acte accompli conformément à la nomenclature. Il devra porter la lettre clé suivie du coefficient correspondant à l'acte pratiqué et faire signer le praticien.

Les registres mis en place au niveau du bureau des admissions seront conformes aux modèles ci-joints. Ces registres permettront une évaluation mensuelle de la somme des coefficients des actes pratiqués par service.

Un état trimestriel devra être transmis à la direction des structures de la santé pour évaluation.

Une nomenclature provisoire des actes médicaux vous sera transmise dans les prochains jours en attendant la diffusion de la nomenclature officielle qui sera adoptée par la commission nationale.

Toute difficulté de mise en application de cette circulaire doit m'être signalée sous le présent timbre.

SECTEUR SANITAIRE.....

**\* FICHE NAVETTE \***

**MALADE** (ASSURE – CONJOINT – ENFANT)

Nom.....  
Prénom :.....  
Adresse : .....  
N° matricule d'hospitalisation.....  
Date d'entrée :  
Date de sortie :  
Date de sortie

**ASSURE**

Nom :.....  
Prénom :.....  
Adresse :.....  
Adresse :.....  
Nom de l'employeur  
Caisse de sécurité sociale  
N° d'immatriculation :

**\* INTERVENTION URGENTE A L'ADMISSION**

SERVICE PRESTATAIRE	DATE DES ACTES	COEFFICIENTS DES ACTES	NOM ET SIGNATURE DU PRATICIEN

**HOSPITALISATION \***

SERVICE D'HOSPITALISATION	DATE DES ACTES	COEFFICIENT DES ACTES	NOM ET SIGNATURE DU PRATICIEN

EN CAS DE TRANSFERT DU MALADE VERS UN AUTRE SERVICE PRECISER LA DATE

**EXPLORATIONS FONCTIONNELLES MORPHOLOGIQUES ET BIOLOGIQUES**

SERVICE PRESTATAIRE	DATE DE L'ACTE	CONFICIENT DE L'ACTE	NOM DU PRATICIEN	SIGNATURE DU PRATICIEN

**\* BLOC OPERATOIRE \***

SERVICE PRESTATAIRE	DATE DE L'ACTE	CONFICIENT DE L'ACTE	NOM DU PRATICIEN	SIGNATURE DU PRATICIEN

**\* DIVERS \***

SERVICE PRESTATAIRE	DATE DE L'ACTE	CONFICIENT DE L'ACTE	NOM DU PRATICIEN	SIGNATURE DU PRATICIEN



**LE MINISTRE**

**INSTRUCTION N° 17 / MSPRH /MIN 2002**

**DU 24 OCT 2002**

**DESTINATAIRES :**

- Les Directeurs de la Santé et de la Population (pour diffusion aux Directeur des Secteurs Sanitaires et des EHS et suivi de l'exécution).
- Les Directeurs Généraux des CHU (pour exécution)

Dans le cadre du programme d'amélioration des prestations, l'instruction N° 16/MSPRH/MIN 2002 du 22 Septembre 2002, identifiée, parmi les réalisations concrètes attendues, la remise systématique à tout patient hospitalisé sortant d'un **\*Résumé clinique de sortie\***.

Ce document à caractère médico-légal, répond au droit du malade d'être informé de son séjour en milieu hospitalier, de la nature de l'affection ayant entraîné son hospitalisation ainsi que les actes et indications thérapeutiques reçus.

Par ailleurs, un **\*Résumé Standard de sortie\*** document médico-administratif renseignant sur la nature des pathologies prises en charge ainsi que la durée et le mode de sortie du patient devra être institué, il est destiné essentiellement au recueil de l'information épidémiologique hospitalière et à l'évaluation des activités des services et de l'offre de soins.

Un modèle de **\*Résumé clinique de sortie\*** et un modèle de **\*Résumé Standard de sortie\*** types sont joints à la présente, il est attendu des gestionnaires des établissements leur mise en place, après débat au sein des conseils scientifiques et médicaux pour complément de renseignements et enrichissement éventuels.

Une notice explicative concernant les modalités de renseignement du résumé standard de sortie est également, jointe en annexe.

Les Directeurs de santé et de population sont chargés du suivi et du contrôle de ce dispositif qui devra être généralisé avant le 31 décembre 2002 au niveau de tous les établissements hospitaliers.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**Abdelhamid ABBERKANE**

**Résumé Clinique de Sortie**

**N° Matricule :**

**Etablissement :.....N° de Dossier :**

Nom et Prénoms :.....Date de Naissance :.....Sexe :.....

Lieu de Naissance / (Commune) :.....Wilaya :.....

Date d'Hospitalisation :.....Mode d'entrée :.....

Service :.....Date d'entrée au Sce :.....Date sortie du Sce :.....

**Motif d'hospitalisation :**.....

**Bilan Biologique :**.....

**Bilan Radiologique :**.....

**Autres Examens :**.....

**Diagnostic principal de sortie**.....

**Diagnostic associés**.....

**Actes et Traitements :**.....

**LE CHEF DE SERVICE**

**LE MEDECIN TRAITANT**

## • Notice explicative du \* Résumé Standard de Sortie \*

Modalités d'exportation

Le résumé Standard de sortie est composé deux partie (une partie \* **Blanche**\* et une partie \* **grise** \*) :

La partie Blanche :

La partie \* blanche \* est renseignée exclusivement par le médecin traitant du dernier service d'hospitalisation du patient concerné.

Elle est constituée de cinq (05) volets, qui sont :

### Identification du service

- Nom de l'établissement (Exemple : CHU Mustapha)
- Nom du service (Exemple : Médecine Interne)
- Nom du Chef de service (Exemple : Pr BOUDERBALA Mohamed)

### Identification du Patient

- L'ensemble de ces informations sont contenues dans \* le bulletin d'admission \* remis à chaque patient par le service du Bureau des Entrées lors de son hospitalisation, il y a lieu de reprendre les données telles qu'elles existent sur le bulletin d'admission.

### Admission du patient

- Toutes les informations demandées dans ce volet sont contenues \* le bulletin d'admission \*.

### Sortie du patient

- Date d'entrée au service : C'est la date réelle d'entrée au service.
- Médecin traitant : C'est le nom, le prénom et la qualité du médecin ayant pris en charge le patient ; il est chargé de renseigner ce document.
- Mode de sortie
- Date de sortie de l'hôpital : c'est la date réelle de sortie de l'hôpital.

### Diagnostics

- Motif d'hospitalisation
- Diagnostic principal à la sortie
- Diagnostics associés.

La partie grise :

La partie \* grise \* est réservé au Bureau des Entrées de l'établissement .Elle est totalement codifiée, elle comprend :

- Code service
- Code wilaya de résidence
- Matricule du médecin traitant
- Code \* mode de sortie \*
- Code CIM 10 du diagnostic principal de sortie
- Code CIM 10 du diagnostic associé 1
- Code CIM 10 du diagnostic associé 2
- Code CIM 10 du diagnostic associé 3

Circuit du document :

- 1 – Renseigné par le médecin traitant (02 copies)
- 2 – Une copie de ce document doit être déposée dans le dossier médical du patient
- 3 – la deuxième copie accompagne la fiche navette lors de la sortie du patient.

Mode de sortie :

Liste des modes de sortie

- Sortie normale (guérison)
- Décès
- Evacuation vers une autre structure hospitalière
- Contre avis médical
- Transfert à l'étranger

**Résumé Standard de sortie**

ETABLISSEMENT : ..... SERVICE de : ..... CHEF DE SERVICE : .....
Matricule : .....N° Dossier Dans le Sce .....
Nom et Prénom..... Date de Naissance (age).....Sexe..... Lieu de Naissance..... Lieu de Résidence (Wilaya)..... Date d'admission à l'hôpital.....
<b>DERNIER SERVICE D'HOSPITALISATION</b>
Date d'entrée au Service..... Médecin traitant : ..... Mode de sortie..... Date de sortie de l'hôpital.....
Motif d'hospitalisation : ..... ..... Diagnostic principal de sortie..... ..... <p style="text-align: center;">Diagnostics associées</p> 1-..... 2-..... 3-.....

**FIXANT LA NATURE ET LE MONTANT DES RESSOURCES PROVENANT  
DES ACTIVITES PROPRES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

Le Ministre des Finances,

Le Ministre de la Santé et de la Population

Vu la loi n° 84-17 du 07/07/1984 modifiée et complétée, relative aux lois des finances,

Vu la loi n° 84-21 du 24/12/1984, portant loi des finances pour 1985 notamment son article 12

Vu la loi n° 85-05 du 16/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé notamment ses articles 229 et 231.

Vu la loi n° 87-29 du 23/12/1987, portant loi des finances pour 1988 notamment son article 189.

Vu la loi n° 88-07 du 26/01/1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail.

Vu la loi n° 90-21 du 15/08/1990 relative à la comptabilité publique.

Vu la loi n° 90-32 du 04/12/1990 relative à l'organisation et au fonctionnement de la cour des comptes.

Vu le décret législatif n° 93-18 du 29/12/1993 portant loi de finances pour 1994.

Vu l'ordonnance n° 94-03 du 31 décembre 1994 portant loi de finances pour 1995 notamment son article 165.

Vu le décret n° 81-242 du 05/09/1981 portant création et organisation des établissements hospitaliers Spécialisés.

Vu le décret n° 86-25 du 11/02/1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires, modifié et complété.

Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 15/04/1994 portant nomination des membres du Gouvernement.

Vu l'arrêté interministériel du 04/07/1987 fixant la valeur monétaire des lettres clefs, relatives aux actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.

Vu l'arrêté interministériel du 11/10/1993 portant fixation des prix de journées d'hospitalisation par service et normalisés.

**A R R E T E N T**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 165 de l'ordonnance n° 94-03 du 31/12/1994 portant loi de finances pour 1995, modifiant et complétant l'article 12 de la loi n° 84-21 du 24/12/1984 portant loi des finances pour 1985, le présent arrêté a pour objet de fixer la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de Santé.

**Article 2** : Les ressources propres des Etablissements publics de Santé sont constituées notamment par.

Le revenu des conventions avec les organismes de sécurité sociale.

Le revenu des activités de médecine du travail.

Le remboursement par les assurances économiques des frais d'hospitalisation et de soins de leurs assurés.

La contribution des bénéficiaires aux frais de restauration et d'hébergement en milieu hospitalier.

La contribution des bénéficiaires aux frais de consultation.

**ARTICLE 3** : Le remboursement, à titre de dommages corporels, par les assurances économiques de frais d'hospitalisations de leurs assurés, s'effectue par référence aux dispositions de l'arrêté interministériel du 11/10/1993, au prix moyen de la journée d'hospitalisation, soit deux mille neuf cent dinars (2.900 DA).

**ARTICLE 3** : La contribution des patients aux frais de restauration et d'hôtellerie en milieu hospitalier est fixée à Cent Dinars (100 DA).

La contribution des bénéficiaires de consultations médicales est fixées à :

- Médecine Générale : Cinquante Dinars (50 DA)
- Spécialités : Cent Dinars (100 DA).

Ne sont pas concernés par les dispositions du présent article les bénéficiaires appartenant aux catégories sociales sans revenu, telles que définies par la réglementation en vigueur.

**ARTICLE 5** : Les dispositions du présent arrêté ne sont pas applicables aux démunis non assurés sociaux et ce conformément aux dispositions de l'article 147 du décret législatif n° 93-18 du 15 Rajab 1414 correspondant au 29/12/1993 portant loi des finances pour 1994.

**ARTICLE 6** : Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires, les Directeurs des Secteurs Sanitaires, les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés et les Comptables Assignataires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1995.

**Le Ministre des Finances**

**Le Ministre de la Santé  
et de la Population**

LE MINISTRE

**CIRCULAIRE N° 01 / MSP / CAB / MIN**

**DU 05 AVR 1995**

**DESTINATAIRES :**

Messieurs les Directeurs de la santé  
et de la protection sociale (tous)  
Messieurs les directeurs généraux des CHU  
Messieurs les directeurs des EHS  
Messieurs les directeurs des secteurs sanitaires

**pour attributions  
pour Exécution  
pour exécution  
pour exécution.**

**EN COMMUNICATION :**

*Messieurs*

- Ministre des Finances
- Ministre Délégué au Trésor
- Ministre délégué au Budget
  - direction générale des impôts
  - Direction générale du Budget
- Ministre du travail et de la protection sociale
- Directeur général de la CNAAS
- Messieurs les Walis.

**pour information**

**OBJET : Modalités d'application des dispositions de l'arrêté interministériel du 7 janvier 1995 fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé .**

L'évaluation des conditions d'exécution des dispositions de l'arrêté interministériel cité en objet, a mis en relief la nécessité de préciser les modalités de son application par la présente circulaire qui a pour objet de compléter le dispositif de mesures d'application déjà énoncées par les téléx N° 41/MSP/DC 95 du 13 Février 1995 et N° 65/MSP/DC/95 du 20 Mars 1995.

Cette circulaire répond ainsi aux différentes questions posées dans le cadre de la mise en œuvre pratique des dispositions du texte réglementaire précité.

**1- CONTRIBUTION DES PATIENTS**

**1.1 Aux frais de restauration et d'hôtellerie en milieu hospitalier**

Le montant de cette contribution fixé à 100 DA, s'entend par journée d'hospitalisation.

Cette mesure doit se traduire impérativement par une amélioration significative des conditions d'accueil, d'hébergement et de restauration des malades, une simplification des procédures de prise en charge médicale.

**1.2 Aux frais de consultation médicale**

Elle est fixée respectivement à :

- 50 DA pour la consultation de Médecine Générale
- 100 DA pour la consultation de Médecine Spécialisée

Cette participation s'applique également aux consultations respectives de chirurgie Dentaire.

**1.3 En matière d'urgence Médico-Chirurgicales**

La prise en charge des patients doit être systématique et diligente.

Aucun motif ne peut justifier un différé de l'examen médical des personnes souvent en situation de détresse.

La procédure de virement des frais de consultation devra être entamée immédiatement après concernant les malades n'ayant pas fait l'objet d'une décision d'hospitalisation.

Les patients transférés d'une structure sanitaire publique vers une autre ne contribuent pas une nouvelle fois aux frais de consultation.

## **2- AFFECTIONS PROGRAMMES DE SANTE COLLECTIFS ET CATEGORIES DE PERSONNES EXCLUS DU CHAMP D'APPLICATION DE L'ARRÊTE INTERMINISTRIEL**

### **2.1 AFFECTIONS**

la prise en charge des affections avérées suivantes est exemple de toute contribution de la part du malade : Cancers ; Diabète ; Hémophiles ; Affections psychiatriques ; Insuffisance Rénale ; Chronique ; Asthme ; Infection HIV ; Cardiopathies ; Handicaps Moteurs Lourds (type ; tétraplégie ; paraplégie ; hémiplegie myopathie ; sclérose en plaques...)

Les patients atteints par ce type de pathologies doivent cependant être obligatoirement munis d'une carte médicale délivrée par le service hospitalier ou la structure de santé assurant la prise en charge du malade et préservant le secret médical.

### **2.2 PROGRAMMES NATIONAUX DE SANTE**

Toutes les actions inscrites et liées au développement des programmes nationaux de santé demeurent à la charge complète de l'état ; Il s'agit notamment des programmes nationaux suivants :

- programme national de planification familiale initié dans les structures hospitalière et extra-hospitalière.
- Programme de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale.
- Programme élargi de vaccination de l'enfant (PEV).
- Programme d'immunisation par séro-vaccinoprophylaxie à l'exception de la vaccination des voyageurs réalisée par les centres agréés pour les vaccinations internationales.
- Programme de lutte contre les zoonoses.
- Programme de lutte contre le trachome.
- Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.
- Programme de nutrition et lutte contre les maladies carenciales.
- Programme de santé scolaire et universitaire.
- Programme de lutte contre la tuberculose.
- Programme d'éradication du paludisme.
- Programme de lutte contre le Rhumatisme articulaire Aigue (RAA).
- Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA)
- Programme de lutte contre les MST/SIDA.

### **2.3 COLLECTIFS ET CATEGORIES DE PERSONNES**

Sont dispensés du paiement de la contribution aux frais de consultation et aux frais de restauration et d'hôtellerie en milieu hospitalier :

- les personnels des services de santé y compris les conjoints et enfants à charge.
- Les moudjahidines, les veuves de chahid et ayants-droits.
- Les enfants de moins de 5 ans et les jeunes évoluant en milieux assistés.
- Les appelés du service national.
- Les détenteurs de cartes d'invalidité délivrées par les services habilités.
- Les gardes-malades.
- Les malades hospitalisés suite à une poussée épidémique avérée.
- Les patients hospitalisés suite à une catastrophe naturelle.
- Les personnes couvertes par le filet social.
- Les titulaires de pensions et allocations de sécurité sociale de montant inférieur au S.N.M.G (présentation des cartes délivrées par la sécurité sociale attestant l'exonération du ticket modérateur.)
- Les rentiers accidents de travail incapable de travailler (50% d'incapacité au moins - carte délivrée par la sécurité sociale.)

### **3. ASPECTS ORGANISATIONNELS ET FINANCIERS.**

#### **3.1 ORGANISATION**

La démarche induite par la mise en œuvre de l'arrêté interministériel du 07 janvier 1995 doit inciter les gestionnaires à développer une meilleure organisation des activités et un aménagement adéquat des services notamment le bureau des entrées, les services d'accueil des malades, et les structures de consultations qui devront notamment respecter impérativement les horaires légaux de travail.

Les supports de gestion, nécessaires à l'évaluation des activités et des performances doivent être mis en place, là où ils n'existent pas encore.

#### **3.2 ASPECTS FINANCIERS**

En attendant la redéfinition des relations du système de santé avec ses différents partenaires, il convient, en cas d'hospitalisation, de prévoir le versement d'une avance correspondant à la durée moyenne de séjour (D.M.S) par service.

Néanmoins, la décision médicale d'hospitalisation d'un malade est exécutoire quelles que soient ses capacités financières à son admission.

#### **3.3 ASPECTS COMPTABLES**

Le fonctionnement des régies doit être dynamisé dans le respect des dispositions du décret exécutif N° 93-108 du 05 Mai 1993 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des régies de recettes et de dépenses.

Dans ce cadre, il y a lieu de créer, en tant que de besoin, autant de sous-régies que nécessaire en vue de faciliter au maximum le mouvement des consultations notamment auprès des services particulièrement sollicités.

Il convient, le cas échéant, de prévoir un point d'accueil pour les malades relevant d'une des catégories identifiées au paragraphe 2 de la présente circulaire. Un quittancier spécial d'exemption de frais devra être tenu à cet effet.

Les directeurs des établissements de santé devront procéder une lecture attentive des dispositions de la présente circulaire et veiller à sa stricte application. Ils sont invités à notifier à l'administration centrale du ministère de la santé et de la population toutes difficultés d'interprétation ainsi que toutes suggestions jugées utiles dans le sens de l'amélioration des conditions d'exécution du dispositif ainsi arrêté.



MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA POPULATION

**LE SECRETAIRE GENERAL**

24 mai 1997

- Messieurs Les Directeurs de la Santé et de Protection Sociale  
(Pour communication aux Secteurs Sanitaires et Etablissements  
Hospitaliers Spécialisés)
  - Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires.
- Objet : -Prise en charge des patients victimes du terrorisme.**

**Réf :** -Arrêté Interministériel du 7 janvier 1995 fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des Etablissements Publics de Santé.

- Circulaire n°1/MSP/CAB/MIN du 15 Avril 1995 relative aux modalités d'application de l'arrêté interministériel susvisé.

J'ai l'honneur de vous rappeler que les patients victimes du terrorisme, admis aux urgences et hospitalisés, ne sont pas concernés par l'arrêté interministériel cité en objet.

A cet effet, ils bénéficient de la gratuité totale des frais engagés pendant leur séjour.

Je vous demande de prendre les dispositions nécessaires pour la stricte application de cette mesure au niveau de tous les services concernés.

**ARRETE INTERMINISTERIEL N° 50 DU 26 JANVIER 2002**  
**FIXANT LA NATURE ET LE MONTANT DES RESSOURCES PROVENANT**  
**DES ACTIVITES PROPRES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

Le Ministre des Finances.

Le Ministre de la Santé et de la Population.

Vu la loi n°83-11 du 02 juillet 1983 modifiée et complétée, relative aux assurances sociales,  
Vu la loi n°84-17 du 07 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances,  
Vu la loi n°84-21 du 24 décembre 1984, portant loi de finances pour 1985, notamment son article 12,  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n°90-21 du 15 Août 1990, relative à la comptabilité publique,  
Vu la loi n°90-32 du décembre 1990, relative à l'organisation et au fonctionnement de la cour des comptes,  
Vu l'ordonnance n°94-03 du 31 décembre 1994, portant loi de finances pour 1995, notamment son article 165,  
Vu la loi n°01-21 du 07 Chaoual 1422 correspondant au 22 décembre 2002 portant loi de finance pour 2002.  
Vu le décret présidentiel n°01-139 du 08 Rabie-El-Aouel 1422 Correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement,  
Vu le décret exécutif n°97-466 du 02 Chaabane 1418 correspondant au 02 décembre 1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires.  
Vu le décret exécutif n°97-465 du 02 Chaabane 1418 correspondant au 02 décembre 1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.  
Vu le décret exécutif n°97-467 du 02 Chaabane 1418 correspondant au 02 décembre 1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

**ARRETEMENT**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 165 de l'ordonnance n°94-03 du 31 décembre 1994, portant loi de finances pour 1995, le présent arrêté a pour objet de fixer la nature et de montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé.

**Article 2** : Les ressources propres des établissements publics de santé sont constituées notamment par :

La contribution des organisations de sécurité sociale, dans le cadre de conventions pour la réduction des transferts pour soins à l'étranger, de la prise en charge des pathologies lourdes et durables, du processus d'amélioration des prestations prodiguées aux malades et de l'intéressement des personnels ;

Il est versé, en outre, une participation exceptionnelle, par les organismes de sécurité sociale, aux budgets des établissements publics de santé pour améliorer la couverture sanitaire des assurés sociaux.

Le revenu des activités de médecine du travail,

Le paiement, par les assurances économiques, des frais d'hospitalisation, de soins, de consultation et d'examen complémentaires de leurs assurés, à titre de dommages corporels,

Le paiement, par les cliniques privées, des frais d'hospitalisation, de soins, de consultation et d'examen complémentaires, induits suite à un transfert de leurs malades dans un établissement public de santé.

Le paiement, par les patients non assurés sociaux, non démunis et les étrangers non assurés en Algérie, des frais d'hospitalisation, de soins de consultation et d'examen complémentaires,

La contribution des assurés sociaux aux frais d'hôtellerie et de consultation sur la base des montants à l'annexe 1 point 1 du présent arrêté.

**Article 3** : Les montants des paiements des frais d'hospitalisation de soins, de consultation et d'examen complémentaires, par les assurances économique, les cliniques privées, les patient non assurés sociaux non démunis et de étrangers non assurés en Algérie, sont fixés en annexe 1 du présent arrêté.

Toutefois, les montants prévus ci-dessus sont échelonnés sur deux périodes de six mois à hauteur de la moitié du montant pour chacune des deux périodes, en ce qui concerne les patients non assurés sociaux non démunis.

La liste des actes relevant de chacune des catégories d'examen complémentaires prévus en annexe 1 du présent arrêté est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 4** : Ne sont pas concernées par dispositions du présent arrêté, les personnes atteintes de certaines maladies dégénération et d'affections chroniques, titulaires de cartes médicales délivrées par les services hospitaliers assurant leur prise en charge, les personnes bénéficiaires des actions inscrites dans certains programmes nationaux de santé et certaines catégories de personnes, telles que fixées, respectivement, aux points 2,1 et 3 de l'annexe II du présent arrêté.

**Article 5** : Les modalités pratiques d'application arrêté sont fixées, en tant que de besoin, par circulaire du Ministre chargé de la santé.

**Article 6** : Toute disposition contraire à celles du présent arrêté est abrogée.

**Article 7** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 26 janvier 2002

**Le Ministre des Finances**

**Le Ministre de la Santé  
et de la Population**

**ARRETE INTERMINISTERIEL N° 50 DU 26 JANVIER 2002 FIXANT LA NATURE ET DE MONTANT DES RESSOURCES PROVENANT DES ACTIVITES PROPRES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**  
**ANNEXE I**

1.1 – Montant des paiements et de la contribution des patients aux frais d'hôtellerie et de consultation.

Nature des prestations	Catégories de patients prévues à l'article 2 points 3,4 et 5 du présent arrêté	Catégorie de patients prévue à l'article 2 point 6 du présent arrêté	Obs
Consultation de médecine générale y compris la chirurgie dentaire	250 DA	50 DA	Par consultation
Consultation de médical spécialisée, y compris la chirurgie dentaire	450 DA	100 DA	Par consultation
Participation aux frais d'hôtellerie	Conformément au point 2-1 ci-dessous	100 DA	Par journée d'hospitalisation

1.2 – Montant des paiements et de contribution des patients aux frais d'hospitalisation, par journée d'hospitalisation

Disciplines	Hôpitaux de Daïra	Hôpitaux de Wilaya	EHS et CHU
	Catégories de patients prévues à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté	Catégories de patients prévues à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté	Catégories de patients prévues à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté
Médecine et spécialistes médicales	3.000 DA	3.500 DA	4.000 DA
Chirurgie et spécialités chirurgicales	3.500 DA	4.000 DA	5.000 DA
Soins intensifs et réanimation	4.000 DA	5.000 DA	6.000 DA
Journée d'hospitalisation pour les pathologies lourdes au sein des services hautement spécialisés : • (Les consommables, les prothèses et les fournitures spécifiques sont facturées en sus).			9.000 DA

**1.3 - Imagerie médicale :**

Nature des prestations	Catégories de patients prévues à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté	OBS
Examens sans préparation	200 DA	Par cliché
Examens de catégorie A (mammographie, transit, cialographie, etc. ....)	1.500 DA	Par acte
Examen de catégorie B (transit du grêle, lavement baryté prochographie etc. ...)	2.500 DA	Par acte
Angiographie par voie veineuse périphérique	6.000 DA	Par acte
Angiographie par cathétérisme (majoration 50% si acte interventionnel)	8.000 DA	Par acte
Echographie (majoration 100% si acte interventionnel).	600 DA	Par acte
Tomodensitométrie (majoration 50% si acte interventionnel)	4.000 DA	Par acte
Imagerie par résonance magnétique (IRM) (majoration 50% si acte interventionnel)	7.000 DA	Par acte

**1.4 – Radiothérapie**

Groupe thérapeutique	Patients prévus à l'article 2, points 4 et 5	OBS
1° groupe : contact	1.000 DA	Par acte
2° groupe : contact 1 à 2 faisceaux, pas d'accessoire, par de contention, caches standards.	2.000 DA	Par acte
3° groupe : à) Cobalt : 3 à 4 faisceaux et /ou utilisation d'accessoires et/ou utilisation de caches personnalisés et/ou utilisation de système de contention. b) Accélérateur : 1 à 2 faisceaux pas d'accessoires pas de contention caches standards	3.000 DA	Par acte
4° groupe : accélérateur : avec utilisation de caches personnalisés et/ou de moyen de contention ou d'accessoires.	4.000 DA	Par acte
5° groupe : Radiothérapie et Concomitante quel que soit les modalités	8.000 DA	Par acte

### 1.5- Examens biologiques

Nature des examens	Catégorie de patients preuves à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté
1- Examens à technicité peu complexe et de coût peu élevé	450 DA
2-examens demande une technique de réalisation de complexité intermédiaire	950 DA
3- Examens à technique de réalisation complexe faisant appel à un degré de compétence plus élevée.	1.750 DA
4- Examens à technique de réalisation complexe avec réactifs au coût très élevé.	2.600 DA
5- Examen à techniques de réalisation très complexes, avec des intrants de coût très élevé et utilisant des équipements sophistiqués.	4.000 DA

### 1.6- Dérivés de sang

(Le sang est délivré à titre gratuit. Ne sont payés et ne font l'objet d'une contribution que les intrants et les consommables nécessaires à son conditionnement et à son traitement.)

Nature des prestations	Catégorie de patients preuves à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté
Intrants et consommables nécessaires au conditionnement du sang	1.000 DA
Concentré plaquettaire standard	1.000 DA
Plasma frais congelé	1.500 DA
Concentré de globules rouges standard	2.250 DA
Concentré plaquettaire d'aphérèse et à charge plasmatique (2e fois)	5.500 DA

### 1.7- Stomatologie

Discipline	Nature des prestations	Catégorie de patients preuves à l'article 2, points 3,4 et 5 du présent arrêté
<b>Soins conservateurs</b>	Obturations dentaires définitives : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cavité simple</li> <li>2. Cavité composée, 2 faces</li> <li>3. Cavité composée, 3 faces et plus</li> <li>4. Soins de la pulpe et des canaux radiculaires</li> <li>5. Traitement d'une gangrène pulpaire</li> <li>6. Résection apicale</li> <li>7. Radio rétroalvéolaire</li> </ol>	450 DA 450 DA 600 DA 600 DA 600 DA 1.000 DA 100 DA
<b>Prothèse dentaire</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prothèse dentaire adjointe :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Totale en résine :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maxillaire ou mandibulaire</li> <li>▪ Maxillaire et mandibulaire</li> </ul> </li> <li>2. Totale sur crête fortement résorbées</li> <li>3. Partielle en résine par maxillaire :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 à 3 dents</li> <li>▪ 4 à 14 dents</li> </ul> </li> <li>4- Partielle en métal par maxillaire                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 à 3 dents</li> <li>▪ 4 à 14 dents</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>II – Prothèse dentaire conjointe :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Couronne à manstation vestibulaire en résine</li> <li>2. Couronne céramo-metallique</li> <li>3. Couronne à tenon radiculaire</li> <li>4. Réparation de fracture d'appareils</li> <li>5. Adjonction de dent ou de crochet</li> </ol> </li> </ol> Rescellement de pont	3.000 DA 6.000 DA 7.000 DA 1.600 DA plus 150 DA par dent 2.500 DA Plus 150 DA par dent 1.500 DA 3.000 DA 2.000 DA 400 DA par maxillaire 150 DA par élément 450 DA
<b>O.D.F</b>	Traitement par appareillage amovible Thérapeutique fixe multiattache bi maxillaire Thérapeutique fixe multiattache uni maxillaire Traitement orthodontique avec chirurgical	4.500 DA 12.000 DA 4.000 DA 7.000 DA
<b>Parodontologie</b>	Détartrage manuel Détartrages aux ultrasons Traitement des lésions gingivales Traitement des lésions osseuses : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chirurgie parodontale à lambeaux par sextant</li> <li>▪ Greffe osseuse par sextant</li> <li>▪ Contention temporaire</li> <li>▪ Contention définitive</li> </ul> Traitement pré-implantaire Traitement des dysfonctionnements crano-Mandibulaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gouttière occlusale maxillaire</li> <li>▪ Meulage sélectif</li> </ul>	250 DA la séance 350 DA la séance 2.000 DA 2.000 DA 4.000 DA 8.000 DA 1.500 DA 8.000 DA 1.000 DA 250 DA la Séance

**FIXANT LA NATURE ET LE MONTANT DES RESSOURCES PROVENANT  
DES ACTIVITES PROPRES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

**ANNEXE II**

**I- CATEGORIES DE PERSONNES DISPENSEES DE LA CONTRIBUTION AUX FRAIS D'HOSPITALISATION, DE SOINS, DE CONSULTATION ET D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

- Les personnes démunies non assurées sociales telles que définies par le décret exécutif N 01-12 du 21 Janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunies non assurés sociaux,
- Les personnes couvertes par le filet social, sur présentation de carte attestant leur état ;
- Les assurés sociaux couverts à 100% et leurs ayants droits ;
- Les personnels des services de santé, y compris leurs ascendants, conjoints et enfants à charge ;
- Les gardes malades dûment autorisés, dans le cas d'hospitalisation de démunis ;
- Les patients hospitalisés suite à une épidémie avérée ou à une catastrophe naturelle ;
- Les catégories particulières d'assurés sociaux, sur présentation de carte, délivrée par la CNAS, attestant leur état et/ou d'une prise en charge.

**II – LES MALADES ATTEINTS DES MALADIES DEGENERATIVES ET CHRONIQUES SUIVANTES**

- Cancers, insuffisance rénale chronique et SIDA

**III – LES PERSONNES BENEFICIAIRES DES ACTIONS INSCRITES DANS LES PROGRAMMES NATIONAUX SUIVANTS :**

- Programme national de planification nationale ;
- Programme de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale, à l'exception des accouchements ;
- Programme élargi de vaccination ;
- Programme d'immunisation par séro-vaccinoprophylaxie à l'exception de la vaccination des voyageurs réalisée par les centres agréés pour les vaccinations internationales ;
- Programme de lutte contre les maladies à transmissions hydriques ;
- Programme de lutte contre le trachome ;
- Programme de lutte contre la méningite cérébro-spinale ;
- Programme de nutrition et de lutte contre les maladies carencielles ;
- Programme de santé scolaire et universitaire ;
- Programme de lutte contre la tuberculose ;
- Programme de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu ;
- Programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA ;
- Programme national de santé mentale.

Le Ministre

**Instruction N°012MSPRH/MIN du 13 Juillet 2002 relative aux conditions d'application de l'arrêté interministériel du 26 janvier 2002 fixant la nature des ressources provenant des activités propres des Etablissements Publics de Santé.**

**Destinataires :**

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé, et la population « Pour suivi de l'exécution et diffusion » à :

MM. Les Directeurs des Secteurs Sanitaires

M.M Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés

Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires

En raison d'une part de l'insuffisance des dotations budgétaires allouées au secteur public de santé et de son lourd endettement, et d'autre part d'une demande en soin de plus importante, l'arrêté interministériel du 26 janvier 2002 a défini les principes et modalités de la participation financière de certains usagers du secteur publics de santé.

Si cet arrêté réaffirme très clairement la gratuité des soins pour les démunis, les assurés sociaux et leurs ayant droits, les malades chroniques et pour la majorité des citoyens, il semble cependant avoir été mal perçus en raison essentiellement des termes de sa médiatisation avant le début du programme de communication devant préalablement préparer sa mise en œuvre.

Il est également établi que toutes les conditions d'une application efficiente ne sont pas réunies, du fait en particulier de la nécessaire intersectorialité dans la mise en œuvre de ce dispositif qui fait intervenir les départements en charge de l'assurance maladie pour les assurés sociaux et de la protection sociale et des collectivités territoriales pour les démunis et les personnes en difficulté.

C'est pour toutes ces raisons que j'avais déjà pris, en temps utiles, la décision de différer la mise en œuvre des conditions et modalités d'application de cette mesure et ce jusqu'à la réunion des éléments requis d'une application sereine qui fasse progresser les établissements de soins dans la direction des calculs des coût et de la gestion efficiente de leur ressources.

Je confirme donc la suspension jusqu'à nouvel ordre de l'application des dispositions prévues par l'arrêté interministériel suscitè et vous invite à procéder à la poursuite de la préparation des instruments de gestion qui permettront en tout état de cause de toujours préserver l'accès aux soins à tout citoyen dans le respect de l'équipe et de souci de sauvegarder et de développer le secteur public de la santé.

Il demeure entendu que les dispositions de l'arrêté interministériel du 07 janvier 1995 sont toujours en vigueur

**Décret exécutif n° 04-101 du 11 Safar 1425 correspondant au 1<sup>er</sup> avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre du travail et de la sécurité sociale,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu l'ordonnance n° 94-03 du 27 Rajab 1415 correspondant au 31 décembre 1994 portant loi de finances pour 1995 ;

Vu la loi n° 02-11 du 20 Chaoual 1423 correspondant au 24 décembre 2002 portant loi de finances pour 2003, notamment son article 116 ;

Vu le décret présidentiel n°03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Décète :

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 116, alinéas 1 à 3, de la loi n° 02-11 du 20 Chaoual 1423 correspondant au 24 décembre 2002 portant loi de finances pour 2003, le présent décret a pour objet de fixer les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé.

**Article 2** : Dans le cadre de la mise en oeuvre des relations contractuelles liant les organismes de sécurité sociale et le ministère chargé de la santé, la contribution annuelle des organismes de sécurité sociale visée à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leurs ayants-droit, est versée par fractions trimestrielles.

La mise en oeuvre de ce financement est effectuée sur la base des informations telles que définies à l'article 3 ci-dessous.

**Article 3** : Les établissements publics de santé fourniront trimestriellement aux caisses de sécurité sociale compétentes les informations relatives aux assurés sociaux et à leurs ayants-droit, pris en charge par les établissements publics de santé.

Les informations concernent notamment :

les noms et prénoms des assurés sociaux ou des ayants-droit pris en charge ainsi que

leur numéro d'immatriculation à la sécurité sociale ;

le lieu de résidence (wilaya, commune) ;

la spécialité du service hospitalier prestataire ;

la nature des prestations de soins fournies ;

la durée du séjour ;

le montant des prestations fournies.

Les modalités de détermination et d'évaluation de la nature des prestations et de leur montant seront fixées conjointement par les ministres chargés respectivement de la santé et de la sécurité sociale.

**Article 4** : Les organismes de sécurité sociale peuvent procéder au contrôle médical des prestations fournies aux assurés sociaux et à leurs ayants-droit, et à toute vérification sur dossier et/ou sur patient au niveau des établissements publics de santé.

**Article 5** : Les organismes de sécurité sociale sont chargés de l'actualisation du fichier national des assurés sociaux et de leurs ayants-droit.

Les organismes de sécurité sociale sont tenus de la mise en place des "services hôpitaux cliniques" destinés à faciliter l'opération de reconnaissance de l'ouverture de droit à la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

Cette opération ne doit en aucun cas porter préjudice, empêcher ou retarder la prise en charge normale du patient.

**Article 6** : Les fonds destinés au financement des programmes spécifiques de soins en faveur des assurés sociaux et de leurs ayants droits sont soumis à une évaluation périodique menée par les services compétents des ministères chargés respectivement de la santé et de la sécurité sociale.

**Article 7** : Les secteurs concernés sont tenus de prendre les mesures indispensables en vue d'organiser des campagnes d'information de communication et de sensibilisation en direction des citoyens et de réunir les conditions et les moyens nécessaires à la mise en oeuvre des dispositions du présent décret dont la limite est fixée au 31 décembre 2004.

**Article 8** : Les modalités d'application du présent décret sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté interministériel des ministres chargés de la santé des finances de la solidarité nationale et de la sécurité sociale.

**Article 9** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le 11 Safar 1425 correspondant au 1<sup>er</sup> avril 2004

**Ahmed OUYAHIA**



**TITRE III**  
**REGLES PARTICULIERES AUX DIVERS ACTES DE L'ETAT CIVIL**  
**Chapitre I**  
**Les actes de naissances**

**Article 61 :** Les déclarations de naissances sont faites, dans les cinq jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu, so us peine de sanctions prévues à l'article 442, 3 du code pénal.

Lorsqu'une naissance n'a pas été déclarée dans le délai légal, l'officier de l'état ne peut la relater sur ses registres qu'en vertu d'une ordonnance rendue par le président du tribunal de l'arrondissement dans lequel est né l'enfant, et mention sommaire est faite en marge à la date de la naissance. Si le lieu de naissance est inconnu, le président du tribunal compétent est celui du domicile du requérant.

Dans les wilayas de la Saoura et des Oasis ainsi que dans les pays étrangers, les déclarations sont faites dans les dix jours de l'accouchement. Toutefois ce délai peut être prorogé dans certaines circonscriptions administratives ou consulaires par décret qui fixe la mesure et les conditions de cette prorogation.

Le jour de l'accouchement n'est pas compté dans les délais fixés par les alinéas précédents. Lorsque le dernier jour dudit délai est un dimanche ou un jour férié, ce délai est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable qui suit le jour férié.

**Article 62 :** La naissance de l'enfant est déclarée par le père ou la mère ou, à leur défaut, par les docteurs en médecine, sages-femmes ou autres personnes qui ont assisté à l'accouchement ; lorsque la mère aura accouché hors de son domicile par la personne chez qui elle a accouché.

L'acte de naissance est rédigé immédiatement.

**Article 63 :** L'acte de naissance énonce le jour, l'heure et le lieu de naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui sont donnés, les prénoms, noms, âge, profession et domicile des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant, sous réserve des dispositions de l'article 64 *in fine*.

**Article 64 :** Les prénoms sont choisis par le père, la mère ou, en leur absence par le déclarant.

Les prénoms doivent être de consonance algérienne ; il peut en être autrement pour les enfants nés de parents appartenant à une confession non-musulmane.

Sont interdits tous les prénoms autres que ceux consacrés par l'usage ou par la tradition.

L'officier de l'état civil attribue lui même les prénoms aux enfants trouvés et aux enfants nés de parents inconnus et pour lesquels le déclarant n'a pas indiqué de prénoms. L'enfant est désigné par une suite de prénoms dont le dernier lui sert de nom patronymique.

**CHAPITRE III**  
**LES ACTES DE DECES**

**Article 78 :** Aucune inhumation n'est faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil ; celui-ci ne peut la délivrer que sur production d'un certificat établi par le médecin ou, à défaut, par l'officier de police judiciaire qu'il a chargé de s'assurer du décès.

**Article 79 :** L'acte de décès est dressé par l'officier de l'état civil de la commune où le décès a lieu sur la déclaration d'un parent du défunt ou sur celle d'une personne possédant sur son état civil les renseignements les plus exacts et les plus complets possibles.

Les déclarations de décès doivent être faites, dans un délai de vingt-quatre heures, à compter du décès. Ce délai peut être prorogé par décret, pour les wilayas de la wilaya de la Saoura et des Oasis.

L'inobservance de ce délai imparti aux personnes chez qui le défunt est mort ainsi qu'à ses proches parents, entraîne l'application des peines prévues à l'article 441, alinéa 2, du code pénal.

La déclaration de décès, même tardive, est reçue et l'acte est dressé, quel que soit le temps écoulé depuis le décès, des lors qu'elle peut encore être vérifiée par l'examen du corps.

**Article 81 :** En cas de décès dans les hôpitaux ou les formations sanitaires, les hôpitaux maritimes, civils ou autres établissements publics, les directeurs-administrateurs de ces hôpitaux ou établissements, doivent en donner avis, dans les 24 heures, à l'officier de l'état civil ou à celui qui en remplit les fonctions.

Celui-ci s'y transporte pour s'assurer du décès et en dresse l'acte conformément à l'article précédent sur les déclarations qui lui ont été faites et les renseignements qu'il a pris.

Il est tenu, dans lesdits hôpitaux, formations sanitaires et établissements, un registre sur lequel sont inscrits ces déclarations et renseignements.

**Décret n° 75-152 du 15 décembre 1975 fixant les règles d'hygiène en matière d'inhumation de transport de corps,  
d'exhumation et de réinhumations**

Le chef du Gouvernement, Président du Conseil des ministres,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur ;

Vu les ordonnances n° 65-182 du 10 juillet 1965 et 70-53 du 18 Djoumada I 1390 correspondant au 21 juillet 1970 portant constitution du Gouvernement ;

Vu l'ordonnance n° 67-24 du 18 janvier 1967 portant code communal ;

Vu l'ordonnance n° 70-20 du 19 février 1970 relative à l'état civil ;

Vu l'ordonnance n° 75-79 du 15 décembre 1975 relative aux sépultures ;

**Décète:**

**Article 1<sup>er</sup>.** L'inhumation dans le cimetière d'une commune du corps d'une personne décédée sur le territoire de cette commune est autorisée par le président de l'assemblée populaire communale concerné, après accomplissement des formalités d'état civil prévues par les articles 78 à 94 de l'ordonnance du 19 février 1970 susvisée.

Dans les communes ou l'éloignement d'une ou plusieurs fractions de la population du chef lieu de la commune est de nature à prolonger démesurément le délai d'établissement de l'autorisation prévue à l'alinéa précédent, les opérations d'inhumation seront autorisées dans les conditions fixées par l'article 284 de l'ordonnance du 18 janvier 1967 portant code communal.

La sépulture dans le cimetière d'une commune est d'une :

1°) aux personnes décédées sur son territoire, quel que soit leur domicile,

2°) aux personnes domiciliées sur son territoire, alors même qu'elles seraient décédées dans une autre commune,

3°) aux personnes non domiciliées dans la commune, mais y ayant droit à une sépulture familiale

**Article 2 :** l'inhumation dans le cimetière d'une commune du corps d'une personne décédée hors de cette commune est sans préjudice de l'autorisation de transport prévue à l'article 9 ci-dessus autorisée par le président de l'assemblée populaire communale.

Si le décès a lieu à l'étranger, l'inhumation du corps sera subordonnée à une autorisation rapatriement et de transport du défunt au lieu de sépulture ; cette autorisation est établie par le ministère de l'intérieur

**Article 3 :** Le transport d'une personne décédée en Algérie en vue de son inhumation dans son pays d'origine est autorisé par le ministère de l'intérieur

Un arrêté conjoint du ministre des affaires étrangères, du ministre de l'intérieur et du ministre de la santé publique fixera les modalités d'application du présent article.

**Article 4 :** L'inhumation d'un corps dans une propriété particulière est autorisée, après accomplissement des formalités prévues à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, par le wali de la wilaya où se situe cette propriété.

**Article 5 :** Le corps d'une personne décédée peut être déposé temporairement dans un édifice culturel, dans un dépositaire, dans un carreau provisoire ou au domicile du défunt si le décès a eu lieu hors de son domicile

L'autorisation de dépôt est donnée par le président de l'assemblée populaire communale de la commune du lieu où sera déposée la dépouille mortelle.

Lorsque la durée de dépôt est inférieure à vingt quatre heures, le corps doit être placé dans cercueil en chêne de 27 cm d'épaisseur, ou en tout autre bois ou matériaux présentant la même solidité avec frettes en fer et garniture étanche.

Si la durée de dépôt est supérieure à vingt quatre heures ou si le décès est dû aux suites d'une des maladies énumérées à l'article 15 ci-dessous, le corps sera placé dans un cercueil hermétique confectionné suivant l'un des systèmes prévus à l'article 12 ci-après .

**Article 6 :** L'admission du corps d'une personne décédée dans une chambre funéraire est subordonnée à la production :

1°) d'une demande écrite du chef de famille ou de toute autre personne habilitée à pouvoir aux funérailles

Cette demande devra faire ressortir les noms, prénoms, âge, profession et domicile du défunt.

2°) d'un certificat de décès par lequel le médecin traitant atteste que le décès n'est pas causé par une maladie contagieuse.

A défaut, du certificat du médecin traitant, l'admission du corps à la chambre funéraire ne pourra avoir lieu qu'en vertu :

a) d'une autorisation du président de l'assemblée populaire communale s'il s'agit d'une personne décédée à son domicile,

b) d'une autorisation du président de l'assemblée populaire communale et du commissaire de police si le défunt est étranger à la commune du lieu de décès ou si la personne est décédée dans un lieu ouvert au public ou sur la voie publique.

Le commissaire de police peut, dans les cas de décès prévus au point b) ci-dessus, requérir seul l'admission d'un corps dans une chambre funéraire.

**Article 7 :** L'admission d'un corps dans une chambre funéraire est autorisée par le procureur de la république lorsque le décès est intervenu dans les circonstances prévues par l'article 82 de l'ordonnance n° 70-20 du 19 février 1970 susvisée.

**Article 8 :** Le transport des dépouilles mortelles à la chambre funéraire doit s'effectuer au moyen de voitures spéciales ou de civières formées ; les corps doivent avoir le visage découvert et les mains libres.

**Article 9 :** Lorsque le corps d'une personne décédée doit être transportée dans une commune autre celle où le décès a eu lieu, ou s'il doit séjourner dans un édifice culturel, un dépositaire, au domicile du défunt, ou dans tout autre lieu, situé sur le territoire de la commune du lieu de décès, l'autorisation de transport est délivrée par :

- le chef de daïra si le corps est transporté dans une commune relevant de la daïra du lieu de décès,

- le wali de la wilaya où s'est produit le décès dans les autres cas.

**Article 10 :** Le corps doit être placé dans un cercueil hermétique dont les systèmes de confection sont fixés à l'article 12 ci-dessous :

1) lorsque l'opération de transport de corps hors du territoire de la commune ou a eu lieu le décès s'applique à une distance inférieure à cent kilomètres et que le délai compris entre le moment de la mise en bière ou de l'exhumation et celui de l'inhumation ou de la réinhumation doit excéder vingt-quatre heures.

2) lorsque l'opération de transport de corps hors du territoire de la commune ou a eu lieu le décès s'applique, quels que soient la durée et le mode de transports, à un trajet et supérieur à cent kilomètres.

3) lorsque le corps doit rester en dépôt dans les conditions fixées par l'alinéa 4 de l'article 5 ci-dessus.

4) lorsqu'il y a eu lieu de transporter hors du territoire de la commune du lieu de décès ou de garder en dépôt, pour quelque durée qu'elle soit, le corps d'une personne décédée des suites d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre de la santé publique ;

5) dans tout cas exceptionnel tel que doute sur le caractère infectieux de la maladie, circonstance atmosphériques, modes de transports utilisables etc...ou par décision du wali, le cercueil hermétique aura été reconnu nécessaire.

**Article 11** : Dans tous les cas de transport non spécifiés à l'article 10 ci-dessus, les opérations de transports des corps de personnes décédées se dérouleront, selon les cuites, conformément à l'article 21 de l'ordonnance n° 75-79 du 15 décembre 1975 susvisée.

**Article 12** : Les cercueils hermétiques sont confectionnés selon l'un des trois systèmes suivants :

1°) cercueil en plomb confectionné avec des lames de plomb de deux millimètres d'épaisseur pour les enfants

2°) cercueil en zinc confectionné avec des feuilles de zinc de 45 centimètres et de 2 millimètres d'épaisseur,

3°) cercueil en béton armé de trois centimètres d'épaisseur.

Quel que soit le système adopté, le cercueil hermétique devra être placé dans une bière en chêne ou tout autre bois présentant une égale solidité, dont les parois auront 27 millimètres d'épaisseur et seront maintenues par des frettes en fer,

Dans les cercueils métalliques ou dans les cercueils en ciment armé, le corps doit être recouvert d'un mélange désinfectant d'une épaisseur de 4 à 5 millimètres constitué à parties égales, de poudre de tan ou de charbon de bois ou de sciure de bois et de sulfate de fer pulvérisé.

Le cercueil intérieur devra être placé dans le cercueil extérieur sur une couche de 3 à 4 centimètres ou de même mélange.

**Article 13** : Les dossiers de demandes d'exhumation sont instruits conformément aux règles énoncées ci – après,

**Article 14** : Toute demande d'exhumation doit être adressée au président de l'assemblée populaire communale du lieu d'exhumation par le plus proche parent du défunt.

Le requérant est tenu de justifier, par tous moyens, la qualité l'habilitant à faire procéder, l'exhumation du corps dont il indique le nom, le prénom l'âge, la profession et le domicile, ainsi que le motif pour lequel il demande l'exhumation du corps de la personne décédée.

**Article 15** : Toute demande d'exhumation sera appuyée d'un certificat de décès par lequel le médecin traitant attestera que le décès n'a pas été causé par les maladies suivantes : charbon, choléra, lèpre, peste et variole.

Toutefois, l'autorisation d'exhumer devra être donné au requérant si le délai qui s'est écoulé depuis la date de décès est de trois ans révolus.

**Article 16** : L'exhumation des corps des personnes ayant succombé à l'une des maladies autres que celles ci-dessus énumérées et susvisées à déclaration obligatoire est autorisée après un délai d'un an révolu à compter de la date de décès.

L'arrêté conjoint prévu par le point 4° de l'article 10 ci-dessus fixera la liste des maladies soumises à déclaration.

**Article 17** : L'autorisation d'exhumer sera accordée par le président de l'assemblée populaire communale si le décès n'a pas été causé par l'une des maladies prévues par les alinéas 2 des articles 15 et 16 ci-dessus et par le wali dans les autres cas.

Le wali peut déléguer ce pouvoir au chef de daïra dont relève la commune du lieu d'exhumation.

**Article 18** : Les dispositions fixées par les articles 15 et 16 ne seront pas applicables aux corps déposés dans les conditions prévues par l'article 5 ci-dessus si ces corps sont placés dans des cercueils hermétiques confectionnés selon l'un des systèmes indiqués à l'article 12 du présent décret.

**Article 19** : Les personnes chargées de procéder aux exhumations doivent revêtir un costume spécial. Après les opérations d'exhumation, leurs costumes et chaussures doivent être désinfectés. Ces personnes sont tenues à un nettoyage antiseptique de la face et des mains.

**Article 20** : Lors des opérations d'exhumation, le cercueil trouve en bon état de conservation ne pourra être ouvert que s'il s'est écoulé un délai de cinq ans depuis la date de décès.

Si le cercueil est trouvé détérioré, le corps sera placé dans un autre cercueil ou dans une boîte à ossements.

Tous les cercueils, avant d'être manipulés et extraits de la fosse, doivent être arrosés avec un liquide désinfectant tel que solution d'hypochlorite de chaux ou d'eau de javel

**Article 21** : Toute opération d'exhumation est exécutée en présence du plus proche parent ou du mandataire dûment avisé. S'il n'est pas présent à l'heure indiquée, l'opération n'aura pas lieu, mais les vacations versées seront attribuées aux fonctionnaires intéressés comme si l'opération avait été entièrement exécutée.

**Article 22** : Les fonctionnaires désignés par l'article 23 de l'ordonnance n° 75-79 du 15 décembre 1975 relative aux sépultures assistant aux opérations d'inhumation, d'exhumation et de réinhumation en vue d'assurer les mesures de police prescrites par la réglementation en vigueur et, en particulier celles relatives à la salubrité fixées par le présent décret.

**Article 23** : Toute opération consécutive à un décès, à laquelle ont assisté les fonctionnaires susvisés, doit faire l'objet d'un procès-verbal adressé au président de l'assemblée populaire communale concernée ; ces fonctionnaires sont en outre tenus d'apposer deux cachets en cire revêtus du sceau de la commune sur tout cercueil devant être transporté hors du territoire de la commune du décès.

**Article 24** : Sauf dans les cas prévus aux articles 23, 24, et 25 ci-après, toute opération de montage ou d'autopsie est subordonnée à l'autorisation préalable délivrée par le Wali.

Le Wali peut déléguer ce pouvoir au chef de daïra dont relève la commune.

L'autorisation instituée par le présent article est établie vingt-quatre heures au moins après la déclaration du décès à l'officier d'état civil de la commune du lieu du décès.

**Article 25** : Si le montage ou l'autopsie d'un cadavre est nécessaire avant l'expiration du délai de vingt-quatre heures, la demande d'autorisation devra être appuyée d'un certificat médical attestant que les signes de décomposition rendent l'opération nécessaire avant les délais prescrits.

**Article 26** : Les dispositions fixées par les articles 22 et 23 ci-dessus ne sont pas applicables aux opérations de montage ou d'autopsies pratiquées dans les hôpitaux, salles ou amphithéâtres légalement installés.

**Article 27** : Si le décès est intervenu dans les conditions fixées par l'article 82 de l'ordonnance du 19 février 1970 susvisée, le procureur de la République peut requérir les opérations de montage ou d'autopsie de la dépouille mortelle.

**Article 28** : Les modalités d'application du présent décret seront en tant que de besoin, précisées par arrêtés conjoints du ministre de l'intérieur, du ministre de la santé publique et du ministre de l'enseignement originel et des affaires religieuses.

**Article 29** : Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 décembre 1975

Houari BOUMEDIENNE

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**Ministère de l'Intérieur  
des Collectivités Locales**

**Ministère de la  
Justice**

**Ministère de la  
Protection Sociale**

**N° 001/MPS/CNP  
LE 17 FEVRIER 1987**

**C I R C U L A I R E**

**OBJET** : Etat civil des enfants nés des parents inconnus.

**REF** : Application de l'article 64 de l'ordonnance n° 70-20 du 19 février 1970 relative à l'état civil.

La loi fait du nom patronymique un droit fondamental rattaché à la personne physique. Ainsi l'article 28 du code civil dispose, « que toute personne doit avoir un nom et un ou plusieurs prénoms. Le nom d'un homme s'étend à ses enfants. »

S'agissant des enfants trouvés et des enfants nés de parents inconnus, l'article 64 alinéa 4 de l'ordonnance n° 70-20 du 19 février 1970 relative à l'état civil prévoit que : l'officier d'état civil attribue lui-même les prénoms aux enfants trouvés et aux enfants nés de parents inconnus pour lesquels le déclarant n'a pas indiqué de prénoms. L'enfant est désigné par une suite de prénoms dont le dernier lui sert de nom patronymique.

L'objectif des dispositions rappelées ci-dessus dans le souci de favoriser l'intégration de ces enfants de sein du corps social.

Cependant, l'application de cette disposition s'est traduite dans la pratique certes par l'attribution aux enfants de sexe masculin d'une série de prénoms masculins dont le dernier leur sert de nom patronymique mais aussi par l'attribution aux enfants de sexe féminin d'une série de prénoms féminins dont le dernier est destiné à servir de nom patronymique.

De sorte que dans le cas des enfants de sexe féminin l'utilisation d'un prénom féminin comme nom patronymique, désigne aussi bien à l'enfant lui-même qu'à la société et d'une façon indélébile à la fois les conditions de sa naissance et son statut.

Le souci de se conformer strictement à l'esprit de la loi qui entend favoriser l'intégration de ces enfants dans la société, et celui d'en assurer l'application judicieuse pour tous, amènent à préciser les conditions d'application de l'article N° 64 qui accorde à l'officier d'état civil à défaut du déclarant prévu à l'article n°62 la faculté d'attribuer les prénoms aux enfants trouvés et aux enfants nés de parents inconnus.

A cet effet, est demandé à Messieurs les officiers d'état civil de veiller que soit impérativement attribué pour le dernier prénom devant servir de patronyme prénom obligatoirement masculin y compris pour les enfants de sexe féminin.

Il est entendu que cette disposition s'applique tant lorsque l'attribution du nom est le fait de l'officier de l'état civil lui-même, que lorsque l'attribution du nom est le fait du déclarant visé aux articles 62 et 64 de l'ordonnance précitée.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

SECRETARIAT GENERAL

ALGER, LE 11 MARS 1987

- MM LES Chefs de Division de la Santé et Population des Wilayas
- MM Les Directeurs Généraux des CHU
- MM Les Directeurs des Secteurs Sanitaires
- MM Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés

**Objet : Nomenclature des actes médicaux et paramédicaux**

P. JOINTES Une ;

J'ai l'honneur de vous adresser un exemplaire de La nomenclature générale des actes professionnels des médecins chirurgiens dentistes pharmaciens et auxiliaires médicaux

Ce document a été élaboré sur la base des propositions mises par la commission nationale de la nomenclature en application des dispositions du décret n° 85-283 du 12 novembre 1985 J.O n° 47/85.

La nomenclature générale comprend quatre parties :

- a) La 1<sup>ère</sup> partie traite des dispositions générales relatives aux conditions d'utilisation de la nomenclature. Elle précise que cette nomenclature s'impose aux praticiens et aux auxiliaires médicaux pour communiquer aux administrations concernées le type de la valeur des actes techniques qu'ils effectuent afin de mesurer les activités des services et déterminer les coûts de santé.
- b) La deuxième troisième et quatrième parties constituent la nomenclature proprement dite : elles rassemblent respectivement les actes médicaux n'utilisant pas les radiations, les actes de radiothérapie et radio- diagnostic et enfin les actes de biologie avec en regard de chacun de leur cotation

Il conviendra de pourvoir chaque unité d'activité médicale ou paramédicale de l'extrait de la nomenclature qui la concerne et de l'amener à mesurer ses activités en utilisant les lettres qui la concerne et de l'amener à mesurer ses activités en utilisant les lettres-clés et les coefficients attachés à chaque acte professionnel.

A titre expérimental pendant les trois derniers trimestres de l'année 1987, il est demandé à chaque gestionnaire d'établir un rapport financier entre la valeur des moyens mis en œuvre dans chaque structure de soins et sa production en actes techniques lesquels seront évalués en donnant aux lettres clefs la valeur monétaire fixée par le décret n° 82/95 du 20.02.1982 (J.O.R.A) N° du 02 mars 1982.

L'objectif est de modifier le système actuel d'allocation budgétaire aux secteurs sanitaires qui est global qui ne différencie donc pas les structures performantes des autres et de faire en sorte que dans un proche avenir le financement de chacune d'entre elles (services d'hospitalisations, laboratoire, radiologie, polyclinique..... etc.) soit lié directement à son activité.

LE SECRETAIRE GENERAL P/I

SIGNE : **T. HAMDJ**

**Décret n° 85-283 du 12 novembre 1985 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux**

Le président de la république

Sur le rapport du ministre de la santé publique

Vu, la constitution notamment ses articles 111-10° et 152

Vu l'ordonnance n 75-37 du 29 avril 1975 relative aux prix et à la répression des infractions a la réglementation des prix

Vu la loi n 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales notamment ses articles 59 et 62

Vu la loi n 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé notamment son article 211 ;

Vu le décret n 84-27 du 11 février 1984 fixant les modalités d'application de la loi n 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales.

Vu le décret n 84-28 du 21 février 1984 fixant les modalités d'application des titres III, IV, VIII de la loi n 83-13 du 2 juillet 1983 notamment son article 4 ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de définir les modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer dans les limites de leurs compétences respectives les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les auxiliaires médicaux

**Article 2 :** La nomenclature visée ci-dessus fixe la nature et, la cotisation des actes prévus à l'article 1<sup>er</sup> les actes regroupés par nature sont affectés d'un symbole sous forme d'une lettre laquelle est assortie d'un coefficient pour chaque acte

**Article 3 :** A chaque lettre correspondant une valeur monétaire de base le coefficient est un nombre qui multiplie la valeur monétaire de base des lettres et détermine le montant pour chaque acte

**Article 4 :** La nomenclature la valeur monétaire de chaque lettre et les coefficients multiplicateurs d définis aux articles 2 et 3 ci-dessus sont fixés par arrêté des ministres chargés respectivement de la santé de la sécurité sociale et du commerce après avis de la commission consultative prévue à l'article 5 ci-dessous et conformément aux procédures prévues en matière de prix par les lois et règlements en vigueur.

**Article 5 :** Une commission de la nomenclature générale des actes professionnels médecins des pharmaciens des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux est crée auprès du ministre chargé de la santé.  
Elle est désignée ci-après « la commission »

**Article 6 :** La commission est chargée de donner des avis de faire des propositions au ministre chargé de la santé sur :  
La teneur et la révision de la nomenclature générale telle que définie aux articles 2 et 3 ci-dessus

A ce titre elle se prononce sur la valeur technique l'efficacité et l'amélioration des actes précités

- la cotation et la tarification des actes précités
- la classification de ces actes en vue de l'application des taux fixés pour le remboursement des frais médicaux et paramédicaux prévus par la loi n° 84-11 du 2 juillet 1983 et les décrets n° 84-27 et 84-28 du 11 février 1984 susvisés

**Article 7 :** La commission présidée par le ministre chargé de la santé ou son représentant est composée comme suit :

- quatre (4) représentants du ministre chargé de la santé ayant au moins rang de sous-directeur d'administration centrale
- quatre (4) représentants du ministre chargé de la sécurité sociale
- un (1) représentant du ministre chargé de la défense nationale
- un (1) représentant du ministre chargé des finances
- un (1) représentant du ministre chargé du commerce
- trois (3) représentants de l'union générale des travailleurs algériens
- un (1) représentant de l'union médicale algérienne
- quinze (15) chefs de service hospitalier désignés selon les différentes spécialités par le ministre chargé de la santé
- cinq (5) médecins trois (3) pharmaciens et trois chirurgiens-dentistes exerçant à titre privé et désignés par l'union médicale algérienne.
- Six (6) auxiliaires médicaux désignés par le ministre chargé de la santé

**Article 8 :** La commission peut faire appel à toute personne qui en raison de ses compétences peut l'aider dans sa tâche

**Article 9 :** La commission peut créer en son sein des sous-commissions

**Article 10 :** La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par an

**Article 11 :** La commission élabore et adopte son règlement intérieur lequel est approuvé par le ministre chargé de la santé

**Article 12 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, Le 12 Novembre 1985

**Chadli BENDJEDID**

**Arrêté interministériel du 4 juillet 1987 fixant la valeur monétaire des lettres clefs relatives aux actes professionnels des médecins chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.**

Le ministre de la protection sociale,  
Le ministre de la santé publique et  
Le ministre du commerce,

Vu l'ordonnance n° 75-37 du 29 avril 1975 relative aux prix et à la répression des infractions à la réglementation des prix ;  
Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, notamment ses articles 59 et 62 ;  
Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment son article 211 ;  
Vu le décret n° 84-27 du 11 février 1984 fixant les modalités d'application du titre II de la loi n°83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales ;  
Vu le décret n°84-28 du 11 février 1984 fixant les modalités d'application des titres III, IV et VIII de la loi n°83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, notamment son article 4 ;  
Vu le décret n°85-283 du 12 novembre 1985 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux ;  
Vu l'avis de la commission de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : les dispositions du présent arrêté fixent la valeur monétaire de base des différentes lettres clefs utilisées dans la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens – dentistes pharmaciens et auxiliaires médicaux.

**Article 2** : la valeur monétaire des lettres clefs correspondant aux consultations et visites effectuées par les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes est fixée comme suit :

**1)- pour ce qui concerne le médecin généraliste :**

NATURE DE L'ACTE	LETTRE CLEF	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Consultation de jour effectuée au Cabinet en dehors des jours fériés et vendredis	C	50 DA
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis	CJF	65 DA
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CN	65 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis	V	75 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis	VJF	100 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VN	100 DA

**2)- pour ce qui concerne le médecin spécialiste et le chirurgien-dentiste spécialiste, à l'exclusion du médecin spécialiste en psychiatrie :**

NATURE DE L'ACTE	LETTRE CLEF	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis	CS	100 DA
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis	CSJF	125 DA
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CSN	125 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis	VS	150 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis	VSJF	175 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VSN	175 DA

**3)- pour ce qui concerne le médecin spécialiste en psychiatrie :**

NATURE DE L'ACTE	LETTRE CLEF	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis	CPSY	125 DA
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis	CPSY . J F	150 DA
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CPSY . N	150 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis	VPSY	175 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis	VPSY . J F	200 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VPSY . N	200 DA



**4)- pour ce qui concerne le chirurgien – dentiste :**

NATURE DE L'ACTE	LETTRE CLEF	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis	CD	40 DA
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis	CDJF	48 DA
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CDN	48 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis	VD	48 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis	VDJF	56 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VDN	64 DA

**5)- pour ce qui concerne la sage-femme et la technicienne supérieure en soins obstétricaux :**

NATURE DE L'ACTE	LETTRE CLEF	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis	CSF	25 DA
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis	CSF.JF	35 DA
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CSF.N	35 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis	VSF	40 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis	VSF.JF	50 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VSF.N	60 DA

**Article 3 :** la valeur monétaire des autres lettres clefs est fixée comme suit :

CATEGORIE DE L'ACTE	LETTRE CLEF	VALEUR DE LA LETTRE CLEF
Actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie	PC	11 DA
Actes de chirurgie et de spécialité	K	11 DA
Actes pratiqués par le chirurgien-dentiste spécialiste	DS	11 DA
Actes pratiqués par le chirurgien-dentiste	D	9,50 DA
Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste	R	12,50 DA
Soins infirmiers pratiqués par la sage femme et la technicienne en soins obstétricaux	SFI	10,50 DA
Actes pratiqués par le Kinésithérapeute	AMM	10,50 DA
Actes pratiqués par l'infirmier ou le technicien en soins infirmiers	AMI	10,50 DA
Actes d'analyse médicale	B	2 DA
Actes de prélèvements pour analyse médicale effectuée par un praticien non médecin	KB	11 DA

**Article 4 :** le tarif de l'indemnité Kilométrique de déplacement est fixé à 2 DA

**Article 5 :** les valeurs monétaires des lettres clefs, telles que fixées par le présent arrêté, doivent être affichées, à la vue du public, dans tous les établissements concernés.

**Article 6 :** les dépassements d'honoraires pour des actes médicaux ou paramédicaux exposent leurs auteurs aux sanctions prévues à l'article 240 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

**Article 7 :** le présent arrêté prend effet à la date de sa publication au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Article 8 :** le présent arrêté sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 4 juillet 1987

Le ministre de la santé publique  
**Djamel EDDINE HOUHOU**

P. le ministre de la protection sociale  
le secrétaire général

**Mohamed Seghir BABES**

P. le ministre du commerce  
Le secrétaire général

**Mourad MEDELICI**

**ARRETE N° 79 DU 27 JUILLET 1981 Portant fixation du tarif des lettres-clés utilisées pour la cotation  
des actes médicaux délivrés à titre externe aux étrangers par les secteurs sanitaires.**

Le Ministre de la Santé  
Vu l'ordonnance n°76.79 du 23 Octobre 1976 portant Code de la Santé Publique  
Vu le Décret n° 81.65 du 10 Août 1981 fixant les attributions du Ministre de la Santé  
Sur la proposition du Directeur Général des Services de Santé,

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le tarif des lettres-clés utilisées pour la cotation des actes médicaux délivrés à titre externe aux étrangers par les secteurs sanitaires est fixé comme suit :

c.....	30 DA
C.S.....	45 DA
CNPSY.....	0 DA
P.C.....	12 DA
K.R.....	6 DA
K.....	12 DA
B.....	3 DA
R.....	9 DA

**Article 2** : Le tarif des lettres-clés utilisées pour la cotation des actes effectués par des auxiliaires médicaux et délivrés à titre externe aux étrangers par le secteur sanitaire est fixé comme suit :

C. SF .....	15 DA
SFI.....	9 DA
A.M .....	9 DA
A.M.M .....	9 DA

**Article 3** : Le Directeur Général des Personnels, du Budget et de l'Infrastructure, le Directeur Général des Services de Santé, le Directeur Général de la Sécurité Sociale. Le Directeur de la réglementation et des activités extérieures, les Walis et les Directeurs des Secteurs Sanitaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application des dispositions du présent arrêté qui sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Alger, le 27 Juillet 1981

Le Ministre de la Santé

**Abderazak BOUHARA**

## REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

LE MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA POPULATION

LE MINISTRE DU TRAVAIL DE LA  
PROTECTION SOCIALE ET DE LA  
FORMATION PROFESSIONNELLE

LE MINISTRE DELEGUE AU BUDGET

### **INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE DU 20 SEPTEMBRE 1997 RELATIVE A LA MISE EN OEUVRE DU PROCESSUS D'EXPERIMENTATION DU SYSTEME DE GESTION DU DOSSIER MEDICO-ADMINISTRATIF DU PATIENT AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

#### **DESTINATAIRES:**

- LES DIRECTEURS GENERAUX DES C.H.U. : - ALGER CENTRE-TIZI-OUZOU
- LES DIRECTEURS DES E.H.S. : CPMPC – HADI FLICI (EL-KETTAR)- AIT-IDIR
- LE DIRECTEUR DU SECTEUR SANITAIRE DE MEDEA
- LES DIRECTEURS D'AGENCES ET ANTENNES C.N.A.S D'ALGER – TIZI-OUZOU- MEDEA

#### **COPIE POUR INFORMATION MM :**

- LE GOUVERNEUR DU GRAND ALGER
- LES WALIS DE MEDEA - TIZI-OUZOU
- LES DSP ALGER - MEDEA - TIZI-OUZOU

Les lois de finances, successives depuis 1994, disposent que la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé doit être mise en oeuvre sur la base, de rapports contractuels. Elles précisent, par ailleurs, que les dépenses de prévention de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

La mise en oeuvre de ces dispositions a fait l'objet de conseils interministériels en date du 21 Mars 1995 et du 09 Septembre 1997. Les conclusions du dernier conseil cité ont mis l'accent sur la nécessité de poursuivre le processus d'expérimentation du système de gestion, en relation avec la CNAS, dans six (06) structures publiques de santé, à savoir, les C.H.U. de : Alger Centre, Tizi-Ouzou, les E.H.S. de CPMPC, Hadi Flici (El-Kettar), Ait-Idir et le Secteur Sanitaire de Médéa.

Cette opération « test », doit, en conséquence, être réactivée, accélérée et suivie de manière rigoureuse par les responsables concernés des établissements et de la CNAS.

La présente instruction, a pour objet de préciser les modalités pratiques à mettre en place, les rôles et attributions des intervenants.

#### **1. LES GESTIONNAIRES DES ETABLISSEMENTS**

Pour sa réussite, cette opération doit faire l'objet d'une large explication dans son contenu et ses objectifs, en direction de l'ensemble des parties concernées et en particulier,

- les organes consultatifs : Conseil Scientifique, Conseil Médical
- les chefs de services médicaux et les praticiens
- les surveillants médicaux

##### **1.1. Du Bureau des Entrées**

L'importance du rôle du bureau des entrées dans la gestion et le suivi du dossier médico-administratif des malades appelle à sa réhabilitation immédiate, par, notamment :

- son implantation dans les lieux adéquats
- l'affectation ou la confirmation d'un responsable compétent et de personnels qualifiés en nombre suffisant
- la dotation de la structure d'au moins un micro-ordinateur pour le captage et la saisie des informations nécessaires à la consolidation et l'évaluation du système.

##### **1.2. Du système d'Information et d'évaluation**

Il est impératif que seuls les documents standardisés élaborés et adoptés lors de l'étude préliminaire, soient utilisés dans le cadre de cette opération

(fiche navette, billet d'hospitalisation...). Ces supports doivent être disponibles en permanence, et être renseignés avec le maximum de soins en vue d'en faciliter l'exploitation et notamment la préparation des éléments de facturation des frais d'hospitalisation.

##### **1.3. De la cellule CNAS**

Les locaux nécessaires et toutes les facilités devront être accordés par les gestionnaires, à la mise en place et au déroulement des activités de la cellule CNAS prévue au point 2.1. de la présente instruction.

#### **2. LES DIRECTEURS D'AGENCES CNAS**

En attendant la mise en place d'un service « Hôpitaux-Cliniques » qui sera chargé des formalités de délivrance des prises en charge au niveau de chaque agence, les directeurs concernés pour cette opération doivent :

**2.1.** Veiller à l'Installation d'une cellule CNAS composée d'un ou plusieurs médecins conseils et d'un agent des prestations au niveau de chacun des établissements concernés par la phase expérimentale.

En relation avec l'administration de l'établissement hospitalier, cette cellule est chargée :

- de vérifier la qualité d'assuré social ou d'ayant droit du patient lors de son admission par, notamment la présentation de la carte de sécurité sociale ou de la dernière fiche de paie, l'interrogation à posteriori des services compétents de la CNAS.

**IMPORTANT :** Ces formalités d'identification des patients ne doivent en aucun cas constituer un préalable à l'admission normale et diligente des malades ou blessés, en particulier en situation d'urgence.

- A la sortie du patient, de vérifier et compléter éventuellement les informations contenues dans le dossier médico-administratif qui constituent les éléments de base de la facturation ultérieure des frais d'hospitalisation.

**2.2.** Mettre à la disposition des personnels impliqués l'ensemble des supports et imprimés indispensables au bon déroulement du processus expérimental.

**2.3.** Organiser de manière régulière des séances de coordination et d'évaluation avec les médecins conseils ainsi que le personnel des prestations et d'en rendre compte à la Direction Générale de la CNAS.

### **3. DISPOSITIONS DIVERSES**

L'opération rappelée, ci-dessus, constitue la première étape d'une démarche globale tendant :

- à connaître de façon de plus en plus rigoureuse le statut des personnes admises dans le système de soins (assurés et ayant droit relevant de la CNAS, de la CASNOS, démunis non assurés sociaux, autres),  
- évaluer les activités et les coûts hospitaliers,

- aller progressivement vers des relations contractuelles entre les établissements publics de santé et les bailleurs de fonds.  
Elle s'impose à tous les intervenants et doit faire l'objet d'actions de sensibilisation et d'information en direction des partenaires sociaux et du mouvement associatif.

Une évaluation mensuelle de cette opération sera faite sous l'égide des départements ministériels concernés.

**LE MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA POPULATION**

**LE MINISTRE DU TRAVAIL, DE  
LA PROTECTION SOCIALE ET DE  
LA FORMATION PROFESSIONNELLE**

**LE MINISTRE DELEGUE AU BUDGET**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

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

**Ministère du Travail  
et de la Sécurité Sociale**

**Ministère de l'Emploi  
et de la Solidarité  
Nationale**

Décision interministérielle du 14 Janvier 2003 portant création, composition et attributions du comité interministériel chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilaya

Le Ministre de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,  
Le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale,  
Le Ministre de l'emploi et de la Solidarité Nationale,

Vu la loi n°83.11 du 02 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n°85.05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu le décret présidentiel n°02.208 du 17 juin 2002 portant nomination des membres du gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°01.12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux ;

Vu l'instruction interministérielle du 14/01/2003 relative à la mise en œuvre des relations contractuelles entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas.

**D é c i d e n t**

**Article 1<sup>er</sup> :** Dans le cadre de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilaya, il est créé un comité interministériel de suivi et d'évaluation.

**Article 2 :** Le comité interministériel de suivi et d'évaluation, composé des représentants des Ministres concernés, a pour mission de :

- coordonner l'action commune des secteurs ministériels concernés ;
- prendre toutes décisions permettant de faciliter le déroulement des travaux des comités intersectoriels de wilaya ;
- évaluer la mise en œuvre du processus de contractualisation, sur la base des rapports des comités intersectoriels de wilaya ;
- établir un rapport mensuel d'évaluation aux Ministres concernés.

**Article 3 :** Le siège du comité interministériel de suivi et d'évaluation est fixé au Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière.

**Article 4 :** Le comité interministériel de suivi et d'évaluation se réunit au moins une (01) fois par mois en session ordinaire et chaque fois que de besoin en session extraordinaire à la demande d'un des départements ministériels concernés.

**Article 5 :** La présidence du comité interministériel est assurée de manière alternée par un des représentants des ministères concernés.

**Article 6 :** Le comité interministériel de suivi et d'évaluation est doté d'un secrétariat permanent chargé de :

- La réception des rapports mensuels transmis par les comités intersectoriels de wilaya, de leur enregistrement, de leur exploitation et de leur classement ;
- L'élaboration des procès verbaux de réunion du comité interministériel de suivi et d'évaluation ;
- La transmission aux comités intersectoriels de wilaya des décisions prises pour l'amélioration de la mise en œuvre de la relation contractuelle.

**Article 7 :** Le comité interministériel de suivi et d'évaluation peut faire appel à toute personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

**Article 8 :** Les représentants des Ministres concernés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision.

Ministère de la Santé,  
de la Population  
et de la Réforme Hospitalière

Ministère du Travail  
et de la Sécurité Sociale

Ministère de l'Emploi  
et de la Solidarité Nationale

**Compte rendu des travaux du groupe interministériel chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas**

**Rapport d'étape**

**Introduction**

Le groupe interministériel, chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale a élaboré un premier rapport d'étape en mai 2002.

Les conclusions ont permis de définir les étapes de mise en œuvre du processus de contractualisation.

Le groupe a adopté, comme préalable, de veiller à travers le mode de financement et de paiement à retenir, à ne pas déstabiliser les équilibres financiers du système de sécurité sociale et du fonctionnement normal des établissements publics de santé. De telles perturbations risqueraient en effet, de remettre en cause l'accès aux soins de la population.

Deux modes de paiement ont particulièrement retenu l'attention des membres :

Le coût moyen de la journée d'hospitalisation ;

Le forfait par pathologie.

**1. coût moyen de la journée d'hospitalisation.**

La facturation selon ce mode de paiement serait opérée sur la base d'un coût moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (Médicales ; Chirurgicales ; Psychiatriques ; Spécialités coûteuses et Maternité), à partir du guide méthodologique pour la mise en place du calcul des coûts par la méthode des sections homogènes, utilisé au niveau des établissements de santé depuis janvier 2001.

Cette méthodologie a surtout pour objectif de mieux connaître la répartition des dépenses opérées au niveau des établissements de santé ; aussi ; des correctifs pourront être apportés par le groupe lors de la détermination du coût moyen de la journée d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour lors de la période de simulation.

La nécessaire évaluation périodique devra permettre de mieux connaître et de normaliser à travers l'ensemble des établissements publics de santé ces deux (02) paramètres ; ces derniers permettront également d'apprécier la performance des établissements de santé et d'établir des comparaisons entre les différentes structures en vue d'une émulation vers l'efficacité et l'efficacéité.

**2. Le forfait par pathologie**

Parallèlement, les travaux d'approche du deuxième mode de paiement basés sur le forfait par pathologie vont être abordés au cours du premier trimestre 2003.

Il s'agit d'une démarche dont la réalisation exige le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie.

Ce mode de financement a pour base de calcul des références médicales consensuelles fondées sur des critères scientifiques et professionnels objectifs. Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtées par les groupes d'experts, serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels s'ajouteront les forfaits d'hôtellerie et de restauration.

L'état d'avancement des travaux d'identification des démunis non assurés sociaux sur la base du décret N°01-12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités de leur accès aux soins, a conduit le groupe à solliciter l'intégration des représentants du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale. Ces derniers prennent part aux réunions depuis début décembre 2002.

Le point de situation et l'état d'avancement des travaux à fin décembre 2002 peut être ainsi établi par :

L'engagement d'une première phase de mise en œuvre par une simulation de la facturation basée sur le coût moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (médicales, Chirurgicales ; Psychiatriques ; Spécialités coûteuses et Maternité), dans dix (10) établissements publics de santé.

Cette démarche est explicitée par :

Une instruction interministérielle relative à la mise en œuvre de relations contractuelles entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas ;

Une décision interministérielle portant création, composition et attributions du comité interministériel chargé du suivi et de la mise en œuvre de relations contractuelles entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas ;

Une décision interministérielle portant création, composition et attributions des comités intersectoriels des wilayas ;

Un guide des procédures pour la mise en œuvre de relations contractuelles.

Le comité interministériel tel que proposé est chargé de la coordination, du suivi et de l'évaluation mensuelle du dispositif mis en œuvre et d'apporter les correctifs nécessaires sur la base des éléments d'information recueillis par les comités intersectoriels de wilayas.

Un bilan sera dressé à l'échéance du premier semestre 2003 et sera suivi de recommandations et orientation éventuelles pour la poursuite du processus.

**Perspectives :**

La poursuite du processus devant mener à la contractualisation entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'actions sociale des wilayas doit faire l'objet de la mise en place de groupes de travail devant conduire aux conférences d'experts pour la détermination de forfaits par pathologies.

Le comité recommande :

L'actualisation de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et de la tarification inchangée depuis 1987 ;

La participation d'autres départements ministériels impliqués, notamment, le Ministre des finances,

le ministère de l'intérieur et des collectivités locales et le Ministère du commerce ;

Par ailleurs, il y'a lieu de noter que certaines actions prévues nécessitent l'intervention de moyens financiers ;

rémunération des experts (conférences de consensus).

Logistique.

Prise en charge des actions de formation et séminaires.

A terme, les résultats des simulations précitées permettront une aide à la prise de décision quant au choix du mode de paiement opportun en matière de contractualisation.

**Programme prévisionnel :**

**Supervision**

- organisation de journées de travail et d'information animées par les membres du comité interministériel en direction.

Des chefs de services médicaux, des directeurs de santé de wilayas (DSP), des directeurs de l'action sociale de wilayas ( DAS), des directeurs des agences CNAS, des directeurs d'agences CASNOS et des directeurs d'établissements de santé.

Des personnels médicaux et administratifs (santé, sécurité sociale et action sociale) ;

Des personnels paramédicaux et des agents administratifs (bureau des entrées – service hôpitaux – cliniques etc.....).

Mise à disposition des différents utilisateurs des guides de procédures, nomenclature des actes, CIM 10) ;

**Médiatisation :**

Définition et mise en œuvre d'une stratégie commune d'information et de communication en direction des usagers, des professionnels de santé, de la sécurité sociale et de l'action sociale et des partenaires sociaux.

**Evaluation :**

De l'organisation (procédures, circuit du patient ....délivrance de prise en charge ...facturation.....) ;

Du fonctionnement (adéquation des moyens mis en œuvre et résultats) ;

Des prestations servies (conditions de séjour et soins) ;

Analyse des résultats (coûts, DMS, qualité.....).

31 décembre 2002

*Groupe de travail sur la contractualisation*

Pour le Ministère du travail et de sécurité sociale

- Monsieur GRABA Mustapha
- Monsieur AMALOU Sid ali
- Monsieur KHALDOUN Hamid
- Monsieur BOURKAIB Djaoued Ibrahim

Pour le Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière

- Monsieur CHAUCHE Ali
- Monsieur BENKACI Youcef
- Monsieur MERAD Mohamed Réda
- Monsieur ARBANE Said
- Monsieur DAHMOUNE Salah-Eddine

Pour le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale

- Madame NIA
- Madame DJENDER

Ils ont également assisté à quelques séances :

- Monsieur AIT BENAMAR Abdelhamid
- Madame ABERKANE Rachida



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de la Santé  
de la Population  
et de la Réforme Hospitalière

Ministère du Travail  
et de la sécurité Sociale

Ministère de l'emploi  
et de la Solidarité  
Nationale

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE**  
**RELATIVE A LA MISE EN ŒUVRE DE RELATIONS CONTRACTUELLES**  
**ENTRE LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE, LES ORGANISMES**  
**DE SECURITE SOCIALE ET LES DIRECTIONS DE L'ACTION SOCIALE DES WILAYAS**

**DESTINATAIRES :**

Les Directeurs Généraux des Centres Hospitaliers Universitaires : Mustapha –Constantine- Blida  
Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés : Centre Pierre et Marie Curie (Alger)- El Bouni (Annaba) – El Riadh (Constantine).  
Les Directeurs des Secteurs Sanitaires de : Médéa –Ouargla- Arzew- Ain-Turk

Les Directeurs Généraux de la CNAS et de la CASNOS  
Les Directeurs de la Santé et de la Population Pour exécution  
Les Directeurs de l'Action Sociale

Mme et MM les Walis Pour Information

**PREAMBULE**

Les lois de finances successives depuis 1993, disposent que la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels. Elles précisent, par ailleurs, que les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat. La concrétisation de ces dispositions a été entamée par la mise en place progressive de mesures dans divers domaines, notamment : L'organisation, le fonctionnement, l'évaluation des activités dans les établissements publics de santé L'amélioration de l'organisation, du fonctionnement et des prestations des organismes de Sécurité Sociale. La définition des modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux (décret exécutif n° 01-12 du 21 janvier 2001).

**MISE EN ŒUVRE**

Dans le cadre du processus de la contractualisation et la lumière des travaux du groupe interministériel, il a été décidé d'engager une première phase de mise en œuvre, par une simulation de facturation, basée sur le prix moyen de la journée d'hospitalisation en fonction du type d'établissement et des groupes de spécialités (chirurgicales, médicales psychiatriques, maternité spécialités coûteuse).

Cette opération intéressera dix (10) établissements publics, à savoir :

Les Centres Hospitalo-Universitaires de : Mustapha – Constantine – Blida.

Les Etablissements Hospitaliers Spécialisés de Centre Pierre et Marie Curie (Alger)- El-Bouni (Annaba)– El-Riadh (Constantine).

Les secteurs Sanitaires de Médéa – Ouargla – Arzew – Ain-Türk.

Elle constitue la première étape d'une démarche globale tendant à :

Améliorer la qualité des prestations de soins fournies aux patients dans les établissements publics de santé, dans le respect des prescriptions admises dans un cadre consensuel,

Cibler de manière plus stricte les bénéficiaires du budget social de l'Etat,

Connaître de façon de plus rigoureuse le statut des personnes admises dans le système de soins (assurés sociaux et ayants droit, démunis non assurés sociaux, autres),

Evaluer les activités et les coûts hospitaliers,

Aller progressivement vers des relations contractuelles entre les établissements publics de santé et les bailleurs de fonds,

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités pratiques à mettre en place, les rôles et attributions des intervenants.

**2-1- LES GESTIONNAIRES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

Pour sa réussite, se dispositif doit faire l'objet d'une large explication dans son contenu et ses objectifs, en direction de l'ensemble des parties concernées et en particulier,

Les organes consultatifs : Conseil Scientifique, Conseil Médical

Les chefs de services médicaux et les praticiens

Les surveillants médicaux.

**2, 1, 1, du Bureau des entrées**

L'importance du bureau des entrées dans la gestion et le suivi du dossier médico-administratif des patients a été consacré dans les organigrammes des établissements de santé et précisé par l'instruction n° 03 MSP/MIN du 07 Décembre 2000 de Monsieur le Ministre de la santé, de la Population et de la réforme Hospitalière, relative à son organisation et son fonctionnement

Des représentants des agences de sécurité sociale et de la direction de l'action sociale de wilaya, seront associés aux activités du bureau des entrées.

### **2.1.2 du Système d'information**

Il est impératif que seuls les documents standardisés élaborés et adoptés, soient utilisés dans le cadre de cette opération (demande d'hospitalisation, bulletin d'admission, fiche navette, demande de prise en charge, relevé des prestations, facture des frais d'hospitalisation). Ces supports doivent être disponibles en permanence, et être renseignés avec précision en vue d'en faciliter l'exploitation et notamment la préparation des éléments de facturation.

### **2.1.3. de l'antenne de Sécurité Sociale**

Une antenne de sécurité sociale est installée au niveau de chaque établissement de santé concerné.

Les locaux nécessaires et toutes les facilités devront être accordés par les gestionnaires, à la mise en place et au déroulement des activités administratives et de contrôle médical de l'antenne de sécurité sociale.

### **2.2 LES DIRECTEURS D'AGENCES DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE**

Les directeurs d'agences de Sécurité Sociale sont chargés de la dynamisation et du renforcement du service « Hôpitaux – Cliniques », principal interlocuteur des établissements de santé dans l'accomplissement des formalités de délivrance des prises en charge et doivent notamment :

**2.2.1.** Veiller à l'affectation du personnel médical et administratif nécessaire au niveau des sites retenus.

**2.2.2.** Mettre à la disposition des personnels impliqués l'ensemble des supports et imprimés indispensables au bon déroulement du processus.

**2.2.3.** Procéder, en direction de l'ensemble des travailleurs de l'agence, des assurés sociaux, du mouvement associatif et des responsables locaux, à une large explication du contenu et des objectifs de ce dispositif.

### **2.3. LES DIRECTEURS DE L'ACTION SOCIALE DES WILAYAS**

Les directeurs de l'action sociale sont chargés de l'affectation des cadres nécessaires au niveau des sites retenus (bureaux des entrées – bureaux communaux d'action sociale).

Le processus d'identification des démunis non assurés sociaux doit être suivi de la délivrance de la carte de démunis aux personnes concernées.

Cette carte permet l'accès aux structures publiques de soins au détenteur ainsi qu'à ses ayants droit.

Durant la phase de simulation, la présentation de l'attestation de démunis non assuré social suffira à son identification.

Les services de la protection sociale des catégories défavorisées et les bureaux communaux de l'action sociale veilleront à l'information des citoyens concernés.

### **3. INFORMATION ET COMMUNICATION**

En vue de lui assurer le succès attendu, cette opération doit bénéficier d'un vaste programme commun de médiatisation. Elle s'impose à tous les intervenants et doit faire l'objet d'actions de sensibilisation et d'information en direction des partenaires sociaux et du mouvement associatif.

### **4. EVALUATION**

Le suivi et l'évaluation périodique de la mise en œuvre de la contractualisation nécessite la mise en place d'une organisation administrative et technique spécifique.

Ainsi, il est créé :

Au niveau national, un comité interministériel de suivi et d'évaluation

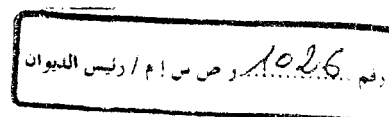
Au niveau local, un comité intersectoriel de wilaya.

La composition et les missions de ces deux comités sont fixées par décision interministérielle.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE. DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

Le Chef de Cabinet  
3 0 DEC 2004  
**Note**

رئيس الديوان



**Note**

**A mesdames et messieurs :**

**Les directeurs de la santé de la population et de la réforme hospitalière  
pour communication aux établissements de soins sous tutelle**

Les directeurs généraux des centres hospitalo-universitaires

L'ensemble des établissements de santé sont tenus de veiller au fonctionnement effectif des mécanismes permettant le démarrage du processus de la contractualisation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005, conformément aux dispositions du décret exécutif n° 04-101 du 1<sup>er</sup> avril 2004, fixant les modalités de contribution financière des organismes de sécurité sociale au financement des établissements publics de santé. Les chefs d'établissements sont tenus de suivre personnellement le lancement de l'opération et de veiller à sa réussite en relation avec les services de sécurité sociale et les directions de l'action sociale.

Il reste entendu que cette opération ne doit en aucun cas gêner la prise en charge des malades quelque soit leur statut. La comptabilité des actes doit être basée sur la nomenclature et la tarification en vigueur jusqu'à son actualisation.

Le chef du cabinet

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION GENERALE  
N° 61/MSPRH/DAG/2005

Le 23 Janvier 2005

**Note**

- **Madame et messieurs les directeurs généraux des CHU : pour exécution**
- **Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé et de la population : pour diffusion aux Etablissements de santé sous tutelle et exécution.**

**Objet** : Mise en place de la contractualisation

Dans le cadre de la mise en œuvre du processus de contractualisation à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005 conformément aux dispositions du décret exécutif n° 04/101 du 1<sup>er</sup> avril 2004 fixant les modalités de contribution financière des organismes de sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et en application de la **note n° 1026 du 30-12-2004** de Mr le chef de cabinet.

Il vous est demandé de me faire parvenir les rapports mensuels détaillés en axant vos efforts sur la démarche l'évolution et la progression de l'opération ainsi que les éventuelles difficultés et contraintes rencontrées.

J'attache une attention particulière à la stricte observation de cette directive.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA**  
**REFORME HOSPITALIERE**

**Le Secrétaire Général**

**CIRCULAIRE N° 09 MSPRH/SC DU 15 AVRIL 2004**

Destinataires :

Mesdames et Messieurs

**- les Directeurs de la santé et de la population**

pour diffusion aux directeurs des secteurs sanitaires  
et des EHS, et suivi de l'exécution

**- les Directeurs généraux des CHU**

pour exécution

**Objet : *Contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale.***

En application de l'instruction interministérielle du 14 Janvier 2003 dont vous trouverez copie, ci-jointe, une première phase de mise en œuvre de la contractualisation est en cours de développement dans dix (10) établissements publics de santé à travers le territoire national.

Le bilan d'étape de cette opération, établi au 31 décembre 2003, permet de lancer, d'ores et déjà, la généralisation de ce processus à l'ensemble des établissements publics de santé.

Cette généralisation portera sur les aspects liés à l'organisation et au fonctionnement des bureaux des entrées et à la collecte des données nécessaires à l'évaluation objective des activités hospitalières.

Elle concernera également l'identification de plus en plus précise du statut social des patients admis dans les établissements hospitaliers. Ce volet devra être traité en étroite collaboration avec des directeurs de l'action sociale et les responsables des organismes de sécurité sociale au niveau de la wilaya.

Il vous appartient de vous inspirer des orientations contenues dans l'instruction du 14 janvier 2003 précitée et du document relatif au point de situation sur la mise en œuvre de la contractualisation, remis lors de la séance de travail présidée par Monsieur le Ministre en date du 29 Février 2004.

Vous y trouverez les éléments de base vous permettant d'adapter la démarche et le programme de mise en œuvre au niveau d'avancement du processus dans les structures hospitalières relevant de votre autorité.

Dans ce cadre Je vous signale qu'une version mise à jour du logiciel "PATIENT" support normalisé du dossier "contractualisation" a été communiqué à l'ensemble des établissements fin mars 2004.

J'insiste, tout particulièrement, sur l'impérieuse nécessité d'accompagner cette phase d'expérimentation, de toute votre attention, par des actions soutenues de communication et d'information en direction de l'ensemble des personnels, des usagers et des représentants de la société civile en général.

Un point de situation, arrêté au 30 juin 2004, devra être établi par vos soins et m'être transmis dans les meilleurs délais, sous le timbre de la présente circulaire.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME**  
**HOSPITALIERE**

Le Secrétaire Général  
N°1036 DU22.12.2003

**Messieurs les Directeurs de la santé et de la Population**  
**des wilayas de : ALGER- ORAN- CONSTANTINE**  
**BLIDA-ANNABA-MEDEA OUARGLA**

**Objet : Mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilayas.**

**R E F:** Ma note N° 804 /MSPRH/ SG DU 13.09.2003.

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir me faire parvenir au plus tard le 10 janvier 2004, un rapport relatif à la mise en œuvre de la contractualisation pour le deuxième semestre 2003, ainsi que le bilan global de l'opération pour l'ensemble de l'année 2003

Comme pour le précédent rapport d'étape arrêté au 30 juin 2003, le rapport attendu devra comporter :

- Une partie basée sur les travaux du comité intersectoriel de wilaya.
- Une deuxième partie relative à l'évaluation des activités et une simulation de facturation par établissement pour la période allant du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2003, conformément aux canevas joints à ma note citée en référence.

Le bilan global de l'opération pour l'année 2003, devra faire ressortir, outre les aspects positifs, les contraintes, les observations et toutes propositions de nature à améliorer et accélérer le processus engagé.

**La Secrétaire Générale**  
**R. BENKHELIL**

**Groupe de spécialités homogènes  
Hospitalisation**

Annexe 1

**CHIRURGICALES**

**MEDICALES**

Cardiologie
Dermatologie
Diabétologie
Endocrinologie
Gastro-entérologie
Hématologie
Infectiologie
Médecine interne
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Allergologie
Médecine nucléaire
Neurologie
Rééducation
Pédiatrie

Anesthésie-réanimation
Chirurgie générale
Chirurgie infantile
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie thoracique
Chirurgie vasculaire
Ophtalmologie
ORL
Orthopédie traumatologie
Neuro-chirurgie
Gynécologie-obstétrique
Urologie

**MATERNITE**

**Maternité**

**PSYCHIATRIQUES**

Psychiatrie
Pédo-psychiatrie

**COUTEUSES**

Oncologie chirurgicale
Néonatalogie
Oncologie médicale
Réanimation médicale
Radiothérapie
Chirurgie cardiaque
Greffe

**Prix Moyen de la Journée d'Hospitalisation (PMJH)  
par groupe de spécialités homogènes (GSH) En dinars**

G.S.H	CHU	EHS	Secteurs Sanitaires
Médicales	6.000.00	5.000.00	4.000.00
Chirurgicales	8.000.00	7.000.00	6.000.00
Maternité	7.000.00	7.000.00	7.000.00
Psychiatriques	2.000.00	2.500.00	2.000.00
Coûteuses	15. 000.00	15.000.00	11.000.00



**Evaluation de l'activité d'hospitalisation  
Période du 01 janvier 2001 au 30 juin 2001**

**Wilaya :**  
**Secteur Sanitaire :**  
**Etablissement :**

Services hospitaliers (1)

Nombre de lits

Nombre total de journées d'hospitalisation

Nombre de malades admis

- assurés sociaux
  - Démunis non assurés sociaux
  - Autres — non définis
- Nombre de journées d'hospitalisation
- assurés sociaux
  - démunis non assurés sociaux
  - autres non définis

- (1) Seuls les services d'hospitalisation faisant partie des groupes de spécialités homogènes doivent être portés

Il y a lieu de respecter l'ordre suivant pour énumérer les services d'hospitalisation : Médicales, Chirurgicales, Maternité, Psychiatriques, coûteuses.

Conformément aux dispositions de la décision interministérielle du 14 janvier 2003 portant création, composition et attributions du comité interministériel chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilayas, des rapports mensuels concernant le suivi et l'évaluation des activités et des coûts hospitaliers au niveau de dix (10) établissements publics de santé retenus doivent être transmis par le comité intersectoriel de wilaya.

La simulation de facturation retenue dans une première phase est basée sur le prix moyen de journée d'hospitalisation (PMJH) en fonction du « type » d'établissements et des groupes de spécialités homogènes. A cet effet, trois (03) documents sont joints en annexe à la présente note, il s'agit :

- des groupes de spécialités homogènes en milieu hospitalier
- du prix moyen de journée d'hospitalisation par groupe de spécialités homogènes et par type d'établissement public de santé.
- D'un canevas d'évaluation de l'activité hospitalière pour la période allant du 01 Janvier 2003 au 30 juin 2003.

Concernant le premier document « groupes de spécialités homogènes en milieu hospitalier » :

- il permet le classement des spécialités et /ou des services concernés par la simulation.

Concernant le deuxième document « prix moyen de journée d'hospitalisation par groupe de spécialités homogènes et par type d'établissement public de santé » :

- il permettra une évaluation financière. Ces prix ont été déterminés sur la base de l'opération « calcul des coûts ».

Concernant le troisième document « canevas d'évaluation de l'activité hospitalière pour la période allant du 01 janvier 2003 au 30 juin 2003 » :

- il vous est demandé de la renseigner pour la période fixée, il renferme les éléments d'information nécessaires pour évaluer l'activité d'hospitalisation dans les établissements retenus.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**Le Secrétaire Général**

N° 804 DU 13.09.2003.

Messieurs les Directeurs de la santé et de la Population des wilayas de :  
ALGER-ORAN-CONSTANTINE  
BLIDA-ANNABA- MEDEA OUARGLA

**Objet : *Mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilayas.***

En application de l'instruction interministérielle du 14 janvier 2003, une première phase de mise en œuvre de a contractualisation a été engagée au début de l'année 2003, dans dix (10) établissements de santé.

En vue de permettre au comité interministériel de dresser un bilan de l'opération pour le 1<sup>er</sup> semestre de l'année en cours, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir me faire parvenir au plu tard fin septembre 2003 votre rapport d'étape arrêté au 30 juin 2003.

Ce rapport devra comporter :

- Une partie basée sur les travaux du comité intersectoriel de wilaya avec un point de situation sur l'évolution du dossier: fonctionnement de bureaux des entrée, connaissance du statut social des patients (assurés, démunis non assurés...), relation avec les agences CNAS, CASNOS, services de l'action sociale, contraintes, suggestions et appréciation générale.
- Une deuxième partie relative à l'évaluation des activités et une simulation de facturation par établissement pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2003.

A cet effet, vous trouverez en annexe à la présente note :

- Un document (annexe 1) identifiant les spécialités réparties en cinq (05) groupes homogènes: médicales, chirurgicales, psychiatriques coûteuses, maternité ; ainsi les coûts moyens de la journée d'hospitalisation applicables au titre de la simulation, déterminés sur la base du rapport de synthèse pour l'année 2002, établi en application de

la circulaire n° 15/MSP/MIN du 03 octobre 2001 pour la mise en place du calcul des coûts dans les établissements de santé.

- Un document (annexe 2) - canevas d'évaluation de l'activité hospitalière à renseigner, par établissement.

Vous voudrez bien veiller à la qualité des rapports attendus des chefs d'établissements concernés et au respect des délais impartis.

**La Secrétaire Générale**  
**R. BENKHELIL**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION,**  
**ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

Mise en œuvre de la « Contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas ».

**Point de situation au 31 décembre 2003 et programme d'action pour l'année 2004.**

Le groupe interministériel, chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la Contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale a été installé par Messieurs les Ministres de la Santé et de la population et du Travail et de la sécurité sociale, le 16 mars 2002.

A la lumière des études menées dans le domaine, des expériences internationales rapportées par certains membres et de l'exploitation du fond documentaire disponible, le groupe de travail a tenté de dérouler les modalités les plus appropriées en vue d'un développement progressif de la Contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale.

Le groupe a adopté, comme préalable de veiller à travers le mode de financement et de paiement à retenir, à ne pas déstabiliser les équilibres financiers du système de sécurité sociale et du fonctionnement normal des établissements publics de santé. De telles perturbations risqueraient, en effet, de remettre en cause l'accès aux soins de la population.

Deux modes de paiement ont particulièrement retenu l'attention des membres :

- le prix moyen de la journée d'hospitalisation
- le forfait par pathologie

**Prix moyen de la journée d'hospitalisation**

La facturation selon ce mode de paiement serait opérée sur la base d'un prix moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (Médicales, Chirurgicales, Psychiatriques, Spécialités lourdes et coûteuses et Maternité).

**Forfait par pathologie**

Il s'agit d'une démarche dont la réalisation exigera plus de temps. Elle nécessite en effet le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie.

Ce mode de financement a pour base de calcul des références médicales consensuelles fondées sur des critères scientifiques et professionnels objectifs.

Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtés par les groupes d'experts, serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels s'ajouteront les forfaits d'hôtellerie et de restauration

Un premier rapport d'étape a été produit, par le groupe de travail en date du 19 Mai 2002.

Un deuxième rapport a été élaboré en date du 31 décembre 2002, à la suite duquel il a été décidé d'engager une première phase de mise en œuvre de la contractualisation par une opération de simulation de facturation dans dix (10) établissements publics de santé, ainsi répartis :

- Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) : CONSTANTINE MUSTAPHA - BLIDA
- Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) ; EL BOUNI (Annaba)  
EI RIADH (Constantine)
- Secteurs Sanitaires : MEDEA - OUARGLA – ARZEW AIN-TURK.

A ce stade et en raison de la nécessité de l'identification, en vue de leur prise en charge, des démunis non assurés sociaux, il a été décidé d'intégrer au comité, les services du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale à travers les Directions de l'Action Sociale des Wilayates

Cette démarche a été concrétisée par la diffusion d'une instruction interministérielle en date du 14 Janvier 2003, ainsi que la création d'un comité interministériel de suivi et d'évaluation et de comités intersectoriels dans les wilayas concernées par l'opération.

Les travaux préparatoires au lancement de l'opération ont été clôturés par une réunion regroupant les cadres concernés des 03 départements (cadres centraux, directeurs de la santé et de la population, directeurs de l'action sociale, directeurs des établissements de santé. responsables de la CNAS et de la CASNOS)

Les rapports parvenus, les visites effectuées sur certains sites ont montré que le démarrage ne s'est opéré en général que début avril 2003.

L'avancement a été satisfaisant dans la plupart des sites. Des difficultés ont été mises en exergue, en ce qui concerne notamment, l'identification du statut social des personnes admises dans les hôpitaux.

Le comité interministériel a procédé courant octobre 2003, à l'exploitation et l'évaluation des rapports des comités intersectoriels de wilaya relatifs au 1<sup>er</sup> semestre 2003.

Parmi les contraintes soulevées, figurent encore,

Les difficultés d'identification des démunis non assurés sociaux, opération qui ne sera achevée que début 2004.

L'absence d'un fichier et d'un identifiant national concernant les assurés sociaux

- L'insuffisance de l'information et de vulgarisation en direction des professionnels concernés et des citoyens

Compte tenu de ce qui précède et suite aux débats, il a été rappelé :

La nécessité d'accélérer l'élaboration et la remise aux intéressés des cartes de démunis non assurés sociaux.

La nécessité d'aller vers l'identifiant national des assurés sociaux en vue de faciliter la reconnaissance de l'ouverture de droit, à la prise en charge des soins dans les établissements publics de santé.

L'importance d'action de communication et d'information soutenant ce dossier.

En plus de l'exploitation des rapports du deuxième semestre 2003 des comités intersectoriels des (07) wilayas, un bilan global de l'opération, arrêté au 31 décembre 2003, vient d'être élaboré par le comité interministériel.

Ce bilan fait ressortir des progrès certains en ce qui concerne, notamment :

- Le fonctionnement des bureaux des entrées des établissements hospitaliers, le renseignement des fiches navettes et des différents supports de gestion.
- La possibilité de l'accès au fichier national d'immatriculation des assurés sociaux.
- La connexion prochaine des établissements de santé d'une même wilaya au fichier affiliation de l'agence CNAS concernée.

Ces éléments faciliteront des actions futures. Néanmoins, il y a lieu de signaler la persistance de certaines contraintes en ce qui concerne notamment l'identification des démunis non assurés sociaux.

En effet, l'opération de délivrance des cartes de démunis non assurés sociaux entamée en mai 2003 n'a pu être concrétisée dans les délais en raison des difficultés liées essentiellement aux lenteurs de délivrance par les organismes de sécurité sociale et les chambres de commerce des pièces attestant de la qualité de non assurés social (attestations de non affiliation à la CNAS et à la CASNOS, et de non inscription au registre de commerce)

L'insuffisance des moyens humains et matériels au niveau des bureaux communaux entraîne des retards dans la mise en place des brigades d'enquêtes sociales, et dans les actions d'information et de vulgarisation du dispositif auprès des citoyens.

Le programme d'action, pour l'année 2004, s'articulera essentiellement autour des axes suivants :

- Généralisation de l'opération à l'ensemble des établissements publics de santé, en ce qui concerne, notamment, les supports de gestion standardisés et validés.
- Définition et mise en œuvre d'un programme de formation en direction de l'ensemble des personnels impliqués en matière de contractualisation, cette action visant en priorité la formation de formateurs relais chargés de l'encadrement du programme.
- Identification de plus en plus rigoureuse du statut social des différentes catégories de population : assurés sociaux et ayants droits, démunis non assurés sociaux, non assurés.
- Mise en place d'un groupe technique spécialisé dans le domaine des systèmes d'information.
- Intégration au processus de mise en œuvre de représentants du Ministère de l'intérieur et des collectivités locales, en vue d'accélérer et de faciliter l'identification des démunis, mission en grande partie à la charge des APC.
- Assouplissement des procédures relatives à la reconnaissance de la qualité de démunis non assuré social, prévues par le décret exécutif n° 01-12 du 21 janvier 2001  
Poursuite de l'évaluation des activités et des coûts au sein des établissements de santé, tout en veillant à la généralisation de l'outil informatique dans les différentes étapes du programme
- Intégration des services hospitaliers conventionnés par la CNAS dans le cadre de la diminution des transferts pour soins à l'étranger au système d'évaluation mis en place
- Evaluation des conventions signées par la CNAS avec certaines cliniques privées et ce, en vue de l'extension des mêmes dispositions aux services hospitaliers publics assurant des soins de même nature.
- Organisation de conférences d'experts conformément à la démarche retenue lors du rapport d'étape du 19 mai 2002 du comité interministériel, en vue de la détermination d'une méthodologie et de coûts par pathologie, de manière prioritaire au niveau des services hospitaliers conventionnés par la CNAS compte tenu des dispositions contractuelles admises par les deux parties
- Recherche et propositions de formules complémentaires d'assurance sociale (mutuelles et autres...)
- Révision de la Nomenclature des Actes Médicaux et de la Tarification, compte tenu des prérogatives de chacun des secteurs.

Il y a lieu de rappeler, par ailleurs qu'après plusieurs mois de concertation, un décret exécutif fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé, a été adopté en conseil de gouvernement lors de sa séance du 24 novembre 2003.

Ce décret est pris en application de l'article 116 de la loi de finances pour 2003 qui stipule que « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés (y compris les centres hospitalo-universitaires) est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

La mise en œuvre de ce financement sera effectuée sur la base des informations relatives aux assurés sociaux pris en charge dans les établissements publics de santé et ce, dans le cadre de relations contractuelles liant la sécurité sociale et le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Les modalités de mise en œuvre de cette disposition seront fixées par voie réglementaire. »

Ce texte, dont les dispositions seront mises en application dès sa publication, s'articule autour des axes principaux ci- après ;

1- Les organismes de sécurité sociale procéderont au versement de leur contribution financière annuelle aux budgets des établissements publics de santé par tranche trimestrielle, sur la base des informations communiquées par ces derniers. Ces informations portent sur l'identification des assurés sociaux et de leurs ayants droit ainsi que la nature et le montant des prestations fournies.

2- L'intervention du contrôle médical par les organismes de sécurité sociale au niveau des structures hospitalières sur la base de références consensuellement admises qui restent à déterminer

3- 1. obligation pour les organismes de sécurité sociale de mettre en place des « services hôpitaux cliniques » destinés à faciliter la reconnaissance de l'ouverture du droit à la prise en charge, sans que cette opération ne porte préjudice, empêche ou retarde la prise en charge médicale normale du patient.

4- Enfin, les secteurs concernés prendront toutes les mesures utiles et nécessaires en vue d'organiser des campagnes de communication et de sensibilisation en direction de la population sur le contenu et les objectifs de la démarche. Par ailleurs, le comité interministériel insiste sur la nécessité de prévoir des ressources financières en vue de soutenir son action, notamment, dans le cadre de la tenue des conférences d'experts, dans la réalisation des programmes de formation et pour les compléments d'équipements des services tant déconcentrés (Directions de la santé, de l'action sociale) que décentralisés (Etablissements de santé, APC, Agences CNAS et CASNOS).

**Synthèse rédigée par le comité interministériel chargé de la mise en œuvre de la contractualisation en sa réunion du 07 février 2004.**

Etaient présents :

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

M. Ali CHAOUCHE

M. Youcef BENKACI

Mme le Pr Nacéra BENFENADKI

**Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale**

- Mme. Naima NIA

- Mme. Sabiha DJENDER

- M. Djamel Eddine TIAIBA

**Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale**

M. le Pr Mustapha Kamel GRABA

M. Hamid KHALDOUN

M. Djaouad BOURKAIB

**Compte rendu des travaux du groupe interministériel chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements de santé et les caisses de sécurité sociale.**

**Rapport d'étape (1)**

**Introduction**

Le groupe interministériel, chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale a été installé par Messieurs les Ministres de la santé et de la population, et du travail et de la sécurité sociale, le 16 mars 2002. Depuis cette date, le groupe a convenu de tenir une séance de travail par semaine, de produire **un premier rapport d'étape** à la mi mai 2002.

Le présent rapport est structuré comme suit :

- Un rappel historique succinct du dossier contractualisation ;
- Un point de situation des travaux réalisés ;
- Un programme d'action à court et moyen terme.

**2- Objectifs de la contractualisation**

- Une plus grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins. Les organismes de sécurité sociale pourront connaître au plan quantitatif et qualitatif les soins fournis aux assurés sociaux.
- Une meilleure maîtrise des dépenses
- Une amélioration de la qualité des prestations de soins
- Une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et des organismes de sécurité sociale, permettant une utilisation rationnelle et optimale des ressources.

**3- Historique**

- Les lois de finances successives depuis 1992 disposent que « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets de fonctionnement des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels ».
- Elles précisent, que « les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat » Il y a lieu de noter que ce n'est que suite aux conclusions du conseil interministériel du 21 mars 1995 qu'un comité interministériel chargé de la contractualisation a été installé le 10 avril 1995.

**Ce comité était composé de représentants :**

- Du ministère de la santé et de la population
- Du ministère du travail et de la protection sociale
- Du ministère des finances
- De la caisse nationale des assurances sociales (CNAS)
- De la caisse nationale de sécurité sociale des non salariés (CASNOS)
- De gestionnaires d'établissements publics de santé

Les travaux du comité ont porté essentiellement sur l'élaboration et la mise en place de supports d'information et d'évaluation, de réhabilitation du « bureau des entrées » au niveau des établissements publics de santé et de la définition des procédures d'admission et de délivrance de la prise en charge des patients.

Des actions de formation et de sensibilisation des professionnels de la santé ont été organisées en direction des six (06) établissements « pilotes » pour la phase « test ».

Le développement du processus sur le terrain, s'est heurté à quatre (04) difficultés majeures.

- La suppression, et dans certains cas, l'abandon des fonctions essentielles du « bureau des entrées » et l'absence et/ou l'inadaptation des supports de gestion au niveau des établissements de santé et des organismes de sécurité sociale, supports abandonnés avec l'instauration de la médecine gratuite dès 1974.
- Le manque de coopération et de motivation des personnels chargés de renseigner les supports d'information et documents mis à leur disposition notamment, au niveau des établissements de santé.
- La non actualisation de la « Nomenclature Général\* des Actes Professionnels et la Tarification » qui n'a pas été révisée depuis 1987.
- La non identification des démunis non assurés sociaux

Malgré toutes ces difficultés, les principales recommandations du « comité interministériel » ont été suivies d'effet, à savoir :

- Réhabilitation du « bureau des entrées » au niveau de l'ensemble des établissements publics de santé ;
  - La mise en place et la généralisation des supports d'information standardisés (demande d'hospitalisation, bulletin d'admission, fiche navette...);
  - L'informatisation progressive des fonctions et procédures du « bureau des entrées ».Par ailleurs, il y a lieu de signaler que deux (02) études ont été réalisées :
- L'une confiée au CENEAP, et financée par le budget de l'Etat en 1997 et dont les conclusions ont été déposées en juin 1999 ;
- L'autre commandée et financée par la CNAS au bureau d'étude SOFNAL en 2000 intitulée « maîtrise des dépenses de la CNAS afférentes à la couverture des prestations prodiguées aux assurés sociaux ».

### **3-1 L'étude réalisée par le CENEAP**

Le CENEAP a évalué le processus d'expérimentation du système de gestion mis en œuvre par le « comité interministériel » au niveau de six (06) établissements publics de santé.

L'étude du CENEAP a conforté et validé globalement la démarche et les conclusions du groupe interministériel précité, particulièrement en ce qui concerne :

- Les supports d'information et d'évaluation à mettre en œuvre ;
- La généralisation de la mise en place du « bureau des entrées » au niveau de l'ensemble des structures hospitalières ;
- La sensibilisation et formation des différents personnels hospitaliers chargés du renseignement des documents en relation avec le bureau des entrées ;
- L'évaluation des activités des services hospitaliers des six (06) établissements « Pilotes » et identification des avantages et inconvénients de différents modes de financement et de paiement.

### **3-2. L'étude réalisée par le bureau d'étude SOFNAL**

Tout en proposant le maintien du « forfait hôpital » actuel comme mode de financement des établissements publics de santé. SOFNAL insiste sur l'introduction de paramètres plus précis quant à l'allocation des ressources.

La démarche recommande l'utilisation de « clés » de répartition de l'enveloppe financière arrêtée par région et par wilaya. Cette démarche, qui vise une répartition équitable des moyens financiers et de l'offre de soins, ne précise pas les procédures à mettre en œuvre.

### **4- Etat d'avancement des travaux du groupe interministériel installé le 16 mars 2002**

A la lumière des études précitées, des expériences internationales rapportées par certains membres et de l'exploitation du fond documentaire disponible, le groupe de travail a tenté de dérouler les modalités les plus appropriées en vue d'un développement progressif de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale. Le groupe a adopté, comme préalable, de veiller à travers le mode de financement et de paiement à retenir, à ne pas déstabiliser les équilibres financiers du système de sécurité sociale et du fonctionnement normal des établissements publics de santé. De telles perturbations risqueraient en effet, de remettre en cause l'accès aux soins de la population.

Deux modes de paiement ont particulièrement retenu l'attention des membres :

- Le prix moyen de la journée d'hospitalisation ;
- Le forfait par pathologie

#### **4-1 Prix moyen de la journée d'hospitalisation**

La facturation selon ce mode de paiement serait opérée sur la base d'un prix moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (Médicales ; Chirurgicales ; Psychiatriques ; Spécialités lourdes et coûteuses et Maternité).

D'autre part, la nécessaire évaluation périodique de ce mode de paiement devra permettre de mieux connaître et de normaliser à travers l'ensemble des établissements publics de santé la durée moyenne de séjour. Ce paramètre permettra aussi d'apprécier la performance des établissements de santé et d'établir des comparaisons entre les différentes structures en vue d'une émulation vers l'efficacité et l'efficacé.

#### **4-2. Le forfait par pathologie**

[L s'agit d'une démarche dont la réalisation exigera plus de temps. Elle nécessite en effet le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie.

Ce mode de financement a pour base de calcul des références médicales consensuelles fondées sur des critères scientifiques et professionnels objectifs.

Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtés par les groupes d'experts, serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels s'ajouteront les forfaits d'hôtellerie et de restauration.

Dans ce domaine, l'expérience a montré que le seul « bénévolat » ne permet plus de mobiliser les compétences requises. Aussi, le problème de la couverture financière relative à la rémunération des experts à engager et des charges annexes doit être au préalable clairement réglé.

### **5- Démarche proposée**

Dans le contexte actuel du fonctionnement des systèmes de santé et de sécurité sociale et en raison de l'insuffisance des données relatives à la connaissance des activités et des coûts par pathologie, le groupe interministériel estime que les deux (02) modes de financement et de paiement ne s'excluent pas.

Ainsi, dans l'immédiat, pourrait être mis en œuvre « le prix moyen de la journée d'hospitalisation » tout en préparant les éléments nécessaires pour la recherche du « forfait par pathologie ». Les différentes évaluations permettront d'opter le moment venu pour le mode de financement et de paiement le plus judicieux.



## 6- Etapes de mise en œuvre

Les actions à entreprendre pour la mise en œuvre de ce processus s'articuleront autour des axes suivants :

- Processus d'identification des assurés sociaux et des ayants droits, à leur admission dans les établissements hospitaliers ;
- Modalités et procédures de délivrance de la prise en charge par les caisses de sécurité sociale ;  
Elaboration de la méthode de calcul du prix moyen de journée d'hospitalisation par groupes de spécialités et par « type » d'établissement ;
- Détermination de la durée de séjour normative pour cinq (05) groupes de spécialités ;
- Fixation des prix de journées d'hospitalisation pour les cinq (05) groupes de spécialités.

### **Mise en œuvre du système contractuel suivi et évaluation périodique.**

Parallèlement à cette première démarche et en vue de concrétiser l'approche par pathologie, il sera procédé à :

- La mise en place des groupes d'experts.
- La fixation d'un calendrier de travaux.
- Le suivi et l'évaluation périodique des travaux

Validation des résultats et mise en œuvre du système contractuel sur la base du forfait par pathologie, suivi et évaluation périodique

Ces deux (02) démarches feront l'objet d'une phase de mise en application sans incidence financière réelle pour les deux (02) parties, mais avec une simulation la plus proche de la réalité.

L'analyse comparative des deux (02) modes de financement et de paiement permettra d'adopter le ou les modes de financement et le paiement les plus appropriés.

Il s'agit-la d'un rapport d'étape soumis à appréciation en vue d'instructions éventuelles pouvant orienter la suite des travaux.

En outre et en raison du plan de charge des participants à ces travaux, il serait souhaitable d'organiser début juin 2002 une réunion « bloquée » sur 3 à 4 jours en dehors des lieux habituels de travail des membres.

Ce regroupement devrait permettre de développer la démarche proposée et de rédiger le rapport définitif détaillé.

Par ailleurs, la contractualisation constituant un élément de l'accès aux soins des citoyens, le groupe recommande la prise en charge rapide des dossiers relatifs à :

- L'identification des démunis non réalisée à ce jour, malgré la publication du décret n° 01-12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins de cette catégorie de population ;
- L'actualisation de la « Nomenclature Générale des Actes Professionnels et de la Tarification » inchangée depuis 1987

**Le 19 Mai 2002**

### **Groupe de travail sur la contractualisation**

Pour le ministère du travail et de la sécurité sociale :

- Monsieur le Dr Abdelkrim OUCHEFOUN
- Madame le Dr Messaouda CHADER
- Monsieur le Dr Mahmoud KHENE
- Monsieur Hamid KHALDOUN
- Monsieur le Dr Djaoued BOURKAIB

Pour le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

- Monsieur Ali CHAOUCHE
- Monsieur Youcef BENKACI
- Monsieur le Dr Mohamed Reda MERAD
- Monsieur Said HARBANE
- Monsieur Salah Eddine DAHMOUNE

Ont également assisté à quelques séances :

- Monsieur le Pr Abdelkader SEMID - MSP
- Monsieur le Dr Abdelharnid AIT BENAMAR - MSP
- Monsieur le Pr Sid Ali AMALOU - CNAS

**GUIDE DES PROCEDURES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES RELATIONS  
CONTRACTUELLES ENTRE LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE,  
LES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE ET LES DIRECTIONS DE  
L'ACTION SOCIALE DES WILAYAS**

**DECEMBRE 2002**

**INTRODUCTION :**

La mise en œuvre de relations contractuelles entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas impose le développement des fonctions indispensables pour la quantification, le suivi et le contrôle des prestations médicales et paramédicales ( actes médicaux, paramédicaux, durées d'hospitalisation, médicaments, examens complémentaires ...), la tenue de la comptabilité, la détermination des coûts prestations ainsi que des paramètres entrant dans la facturation .

Le développement de ces fonctions permettra par ailleurs, d'évaluer la qualité de la prise en charge médicale et des conditions de séjour, d'en tirer les conclusions et de prendre les mesures adéquates.

Pour rendre disponible de manière permanente et fiable les informations nécessaires à ce système contractuel, il y a lieu de procéder au renseignement systématique des différents supports conçus à cet effet et de codifier clairement les relations organisationnelles et fonctionnelles entre le bureau des entrées, les services médicaux des établissements hospitaliers, le service hôpitaux – cliniques au niveau des agences de sécurité sociale et le service de la protection sociale des catégories défavorisées au niveau des directions de l'action sociale des wilaya .

Ces services doivent être dotés de l'ensemble des moyens humains et matériels pour mener à bien leurs missions (personnel qualifié et formé, outils et supports informatiques adéquats, téléphone, fax ...etc.)

**MISSION DU BUREAU DES ENTREES AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS :**

Ce bureau a pour mission de prendre en charge administrativement le patient depuis son admission jusqu'à sa sortie de l'établissement.

Le bureau a pour taches de :

- déclencher la procédure de demande d'admission et de demande de prise en charge pour les assurés sociaux et leurs ayant droits.
- enregistrer, en vue de leur règlement ultérieur, les dossiers des patients ne relevant pas des catégories cités à l'alinéa précédent.
- veiller au renseignement de l'ensemble des supports conçus et mis en œuvre pour le suivi du patient ainsi qu'à la constitution d'un dossier administratif pour chaque malade (demande d'hospitalisation, bulletin d'admission, fiche navette, documents d'état civil pour les parturientes, prise en charge émanant de l'organisme de sécurité sociale ou de la direction de l'action sociale de wilaya)
- procéder à la codification des actes professionnels portés sur la fiche navette conformément à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

- établir une facture basée sur le prix moyen de la journée d'hospitalisation accompagnée d'un relevé des prestations de soins fournies (actes professionnels, examens complémentaires, médicaments, durée d'hospitalisation)

**3-MISSIONS DU SERVICE HOPITAUX-CLINIQUES AU NIVEAU DES AGENCES DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE :**

le service hôpitaux- cliniques, interlocuteur des établissements de santé pour la délivrance de la prise en charge dans le cas de l'urgences, pour la réception, le contrôle et le traitement des factures relatives aux prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayant- droits, aura notamment pour missions :

La délivrance directe des prises en charge des assurés sociaux et de leurs ayants-droits en cas de décision d'hospitalisation d'urgence (même lorsque l'assuré social relève d'une autre agence de wilaya).

Le contrôle et le traitement des factures relatives aux frais d'hospitalisation pour l'ensemble des prises en charge délivrées par l'agence, sur la base du relevé des prestations de soin, apprécié par le contrôle médical des organismes de sécurité sociale.

**4-MISSIONS DU SERVICE DE LA PROTECTION SOCIALE DES CATEGORIES DEFAVORISEES DES DIRECTIONS DE L'ACTION SOCIALE DES WILAYAS**

Le service de la protection sociale des catégories défavorisées est le principal interlocuteur avec les établissements de santé pour la reconnaissance de la qualité de démunis non – assuré social.

La prise en charge d'hospitalisation au bénéfice des démunis non-assurés sociaux et leurs ayant-droits est délivrée par le service de la protection de la wilaya, en coordination avec les bureaux communaux d'action sociale.

Dans le cadre d'une hospitalisation d'urgence, la prise en charge doit être délivrée directement par la direction de l'action sociale de wilaya la plus proche, et ce quelque soit la résidence du patient démunis non assuré social.

Le règlement des prestations fournies aux démunis non-assurés sociaux et à leurs ayant-droits sera honoré sur la base d'une facturation.

**5-MODES D'HOSPITALISATION**

Les procédures d'hospitalisation et de délivrance de prise en charge sont mises en œuvre selon deux cas de figure :

L'hospitalisation programmée (sur rendez-vous),

L'hospitalisation effectuée dans le cadre de l'urgence.

#### **5-1- Cas de l'hospitalisation programmée :**

Le patient se présente à l'un des services médicaux de l'établissement hospitalier.

Après consultation et si l'état de santé du patient le nécessite, il lui est établi une demande d'hospitalisation (en deux exemplaires) datée et signée par le praticien ayant décidé l'hospitalisation.

Muni de la demande dans laquelle est précisée la date d'hospitalisation, le patient ou son, représentant est orienté vers le bureau des entrées qui :

Enregistre le rendez-vous et classe un exemplaire de la demande d'hospitalisation.

Renseigne et remet une demande de prise en charge au patient.

Sur appréciation de l'antenne de sécurité sociale, l'hospitalisation programmée peut être assimilée à l'hospitalisation d'urgence, lorsque les délais et / ou l'état de santé du patient ne permette pas d'entreprendre les démarches nécessaires.

Le patient disposant dans le cas présent de délais suffisants pour entreprendre les démarches nécessaires.

Présente un exemplaire de la demande d'hospitalisation ainsi que la demande de prise en charge à la structure dont il relève.

Présente le jour de son hospitalisation l'accord de prise en charge au bureau des entrées,

Le bureau des entrées après vérification des documents :

Renseigne le bulletin d'admission et le classe avec l'accord de prise en charge dans le dossier du patient.

Remet au patient le volet (n° 2) du bulletin d'admission, ainsi qu'une fiche navette correctement renseignée dans sa partie identification.

Le patient (ou son représentant) une fois ces formalités terminées se présente au service hospitalier concerné, auquel il remet le billet de salle et la fiche navette.

#### **5-2- Cas de l'hospitalisation dans le cadre de l'urgence :**

Ne disposant pas dans ce cas précis des délais suffisants afin d'entreprendre les démarches nécessaires pour la délivrance de la prise en charge, et s'agissant d'un cas d'urgence, le patient est alors hospitalisé.

Dans cette situation, il appartiendra à l'administration de l'établissement hospitalier d'agir en lieu et place du patient. Celle-ci, à partir des informations recueillies auprès du patient

(nom et prénoms du patient, date et lieu de naissance, sexe, numéro d'immatriculation à la sécurité sociale, structure de paiement et agence de rattachement de l'assuré, nom et prénoms de l'ayant droit concerné attestation ou carte de démuné non assuré social accompagnée du livret de famille pour les ayants-droits ) déposera une demande de prise en charge dans les 48 heures :

Pour les assurés sociaux et leurs ayants-droits auprès du service hôpitaux-cliniques de l'agence de wilaya siège de l'établissement de santé ou auprès de l'antenne de la sécurité sociale installée au niveau des établissements hospitaliers importants,

Pour les démunés non-assurés sociaux et leurs ayants-droits auprès des services de la direction de l'action sociale du lieu d'implantation de l'établissement hospitalier,

Qui devront se prononcer dans un délai de 48 heures (jours ouvrables) suivant réception.

Après la sortie du patient, l'administration de l'établissement hospitalier transmettra, selon le cas, au service hôpitaux-cliniques de l'agence de l'organisme de sécurité sociale ou à la direction de l'action sociale de wilaya, qui a délivré l'accord de prise en charge, sur la base de la liste des démunés non assurés sociaux arrêtée annuellement.

La facture basée sur le prix moyen de la journée d'hospitalisation accompagnée du relevé des prestations de soins fournies ;

Ainsi qu'un compte rendu médical à titre confidentiel à l'intention du contrôle médical des organismes de sécurité sociale.

Les factures des patients seront déposées chaque fin de mois par l'établissement hospitalier auprès du service hôpitaux-cliniques de l'agence de wilaya de l'organisme de sécurité sociale siège de l'établissement hospitalier, ou auprès de la direction de l'action sociale de wilaya qui devront procéder à leur règlement dans un délai n'excédant pas 30 jours.

# **Gestion du Médicament**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**CIRCULAIRE N° 212/MSP/CAB DU 16 MAI 1984**

DESTINATAIRES :

M.M LES WALIS DIRECTIONS DE SANTE DES WILAYA  
M.M LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES ET DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES  
M.M LES DIRECTEURS GENERAUX DE L'ENAPHARM

DE L'ENOPHARM  
DE L'ENCOPHARM

POUR APPLICATION \*

M.M LES CHARGES D'ETUDES ET DE SYNTHESE  
M.M LES ATTACHES DE CABINET  
M.M LES DIRECTEURS GENERAUX  
M.M LES DIRECTEURS CENTRAUX

POUR INFORMATION \*

**OBJET : Distribution des médicaments dans les secteurs sanitaires.**

**REFERENCE :** Décret n° 74-2 du 16 janvier 1974 relatif à l'organisation de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires.

Désormais, en ce qui concerne les médicaments et les examens paracliniques les dispositions suivantes devront être appliquées :

**1- MEDICAMENTS :**

1.1 – La fourniture des médicaments est totalement gratuite dans les cas suivants :

Pour les malades hospitalisés ainsi que pour les actes se rapportant aux urgences médicales et chirurgicales ;

Pour les malades âgés de 0 à 16 ans, pour ceux de plus de 60 ans, et pour les handicapés physiques ;

A savoir : cancers, maladies mentales, maladies cardiaques, diabète et insuffisances rénales chroniques.

2.2 – Sont également gratuits les médicaments qui soutiennent les actions prioritaires de santé publique telles les vaccinations, la protection maternelle et infantile, l'hygiène scolaire, l'hygiène et la lutte contre les maladies infectieuses à déclaration obligatoire.

**2 – LES EXAMENS DE LABORATOIRES DE RADIOLOGIE ET LES EXPLORATIONS SPECIALISEES.**

Les examens de laboratoire, de radiologie et les explorations spécialisées (électrocardiogramme, électro-encéphalogrammes ...) sont gratuits pour les malades hospitalisés et pour ceux entrant dans les catégories énoncées dans le paragraphe 1<sup>er</sup> ci-dessus. Pour les autres malades une participation égale à 20% du montant des examens prescrits doit être exigée préalablement à leur exécution.

En l'absence d'agence pharmaceutique d'état ou de pharmacie privée dans une localité donnée, les locaux servant à la distribution des médicaments au sein de la polyclinique et / ou du centre de santé seront mis à la disposition de l'entreprise chargée de la distribution du médicament (ENAPHARM-ENOPHARM-ENCOPHARM) en vue de leur reconversion en agence pharmaceutique d'état.

Cette circulaire entre en application le 1<sup>er</sup> juillet 1984 et M.M les directeurs de santé des wilayas devront m'en rendre compte trimestriellement.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

**SIGNE : DJAMEL EDDINE HOUHOU.**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

CIRCULAIRE N°007 /MSP /CAB /MIN  
DU 09 MARS 1986

DESTINATAIRE

Messieurs Les Walis .....	« Pour Information »
“ Les Directeurs de santé de Wilaya.....	« Pour exécution »
“ Les Directeurs des secteurs Sanitaires.....	« Pour exécution »

**OBJET : - Contrôle de la consommation en produits de pharmacie.**

**- Mode de détermination de la consommation prévisionnelle en médicaments par service.**

L'analyse de la consommation actuelle en médicaments et produits pharmaceutiques dans les différents secteurs sanitaires montre une augmentation considérable et rapide que les seuls besoins de santé pris en charge EFFECTIVEMENT au niveau des secteurs sanitaires ne justifient pas.

Une enquête précise a pu établir que, rapportée au nombre d'actes médicaux délivrés par service, cette consommation est excessive. Plusieurs phénomènes économiquement aberrants, comme la substitution de produits de pharmacie aux articles de droguerie et de bureau, ainsi que des pratiques illicites, telles que la distribution des médicaments à partir des pharmacies de service ont été observés et expliquent les écarts considérables de ces dernières années en matière de consommation pharmaceutique.

Ainsi est-il devenu courant de voir utiliser des flacons de solutés physiologiques au lieu d'eau stérilisée par ébullition ; du sparadrap à la place d'adhésif de bureau ; des compresses en guise de couches, de garnitures hygiéniques, ou de serviettes ; de la tarlatane pour toute forme de nettoyage requérant normalement l'usage de chiffons ou de serpillières ; des liquides antiseptiques au lieu des savons et autres produits de droguerie.

Les médicaments, en dépôt dans les pharmacies de services en vue d'un usage réservé aux malades hospitalisés exclusivement pendant leur séjour hospitalier, sont fréquemment distribués à des malades vus à titre externe ou en consultation. Il a même été rapporté que des pharmacies de services approvisionnent régulièrement d'autre collectivité.

Il résulte de ces pratiques une incidence économique négative et des perturbations considérables au niveau des prévisions en consommation. Ce coulage responsable de rupture d'approvisionnement et de dépenses supplémentaires rend virtuelle toute programmation rationnelle et fausserait le système le plus efficace.

Aujourd'hui la conjoncture économique, particulièrement défavorable impose une plus grande maîtrise de nos dépenses et une rigueur RESPONSABLE dans la gestion de la pharmacie et surtout du médicament, produit stratégique, coûteux et entièrement importé en devises

Dans cette perspective, je vous demande de mettre en application les mesures suivantes

**1-DETERMINATION DE LA CONSOMMATION ANNUELLE PREVISIONNELLE PAR SERVICE**

Cette détermination ne doit plus se fonder sur la reconduction des consommations annuelles antérieures qui prenaient en compte tous les phénomènes et distorsions précités et décrits.

Elle doit être établie à partir de l'activité médicale évaluée en actes/an et la définition pour chaque nature d'actes de protocoles thérapeutiques standardisés.

Une nouvelle définition de la consommation du médicament peut être ainsi obtenue, plus proche d'un schéma rationnel de consommation.

**2-ETABLISSEMENT D'UN REGISTRE DE CONSOMMATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES AU NIVEAU DE CHAQUE SERVICE**

Sur ce registre doivent figurer :

Le détail des articles de pharmacie reçus en approvisionnement dans la pharmacie du service ;

Le détail des articles sortis de la pharmacie du service et leur destinée.

Ce registre doit être visé par le chef de service chaque semaine.

Ce contrôle a posteriori est institué pour permettre au chef de service une meilleure surveillance de l'utilisation des produits de pharmacie dans leurs services. Il permet aussi de corriger, en fonction des activités de leurs services, toute tendance au gaspillage ou tout détournement d'usage des produits de pharmacies.

**3-INSPECTIONS DES PHARMACIES DE SERVICE ET CONTROLES DE SITUATION DES STOCKS :**

Les pharmaciens chargés de la gestion de la pharmacie centrale des différents hôpitaux doivent organiser des inspections périodiques au niveau des pharmacies de service. Ces inspections doivent viser à vérifier la conformité du stock ; avec les quantités fournies et étudier si la consommation constatée correspond bien à l'activité du service. Ces activités de contrôle et d'inspection doivent être menées de concert avec le chef de service.

Je vous prie de bien vouloir accorder toute votre attention à la présente circulaire et d'en informer Messieurs les chefs de service et Messieurs et Mesdames les pharmaciens.

La mise en place de ces mesures doit être achevée le 15 Avril 1986. Vous voudriez bien en assurer personnellement le suivi et m'en rendre compte.

ALGER, Le 09 mars 1986

Signé le Ministre de la Santé publique  
**DJAMEL EDDINE HOUBOU.**



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

SECRETARIAT GENERAL  
N°...../MP/SG

ALGER LE 01/05/1988

**CIRCULAIRE N° 84 SG DU 10 MAI 1988**

MM. LES WALIS  
LES CHEFS DE DIVISION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION  
LES DIRECTEURS GENERAUX  
LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES ET DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES.  
LES DIRECTEURS GENERAUX DE C.H.U  
LES DIRECTEURS GENERAUX DE L.ENAPHARM  
LES DIRECTEURS GENERAUX DE L.ENOPHARM  
LES DIRECTEURS GENERAUX DE L.ENCOPHARM

} Pour Application »

MM. LE CHEF DE CABINET  
L'INSPECTEUR GENERAL

} Pour Information

**Objet : AMELIORATION DE LA GESTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES**  
**MISE EN PLACE D'UNE COMPTABILITE MATIERE AU NIVEAU DES PHARMACIES HOSPITALIERES.**

A la lumière des tensions qui ont été enregistrées au cours de ces derniers mois en matière de disponibilité de médicaments, il a été constaté dans de nombreux cas une déficience dans la gestion des produits pharmaceutiques.

Il est impératif que la disponibilité du médicament aille de pair avec une bonne gestion.

En effet une bonne gestion matière permettant ;

le suivi rigoureux du produit

le contrôle de sa répartition

la connaissance exacte de la demande sur la base de la consommation moyenne mensuelle.

la préparation rationnelle de la commande

la détermination du stock maxima et du stock de sécurité.

la possibilité d'éviter les situations de surstocks ou de rupture de stock.

le contrôle sévère du cou coulage (perte, disparition, vol, avariés, péremption ...)

le contrôle des inventaires tournants, aboutit également à une bonne gestion financière.

Ainsi et dans le but d'uniformiser la gestion des produits pharmaceutiques et de permettre un meilleur suivi, un contrôle plus rigoureux et la détermination des besoins prévisionnels plus faibles, il est impératif de standardiser le support de gestion.

A cet effet les modèles ci-joints élaborés lors du séminaire sur la gestion des pharmacies hospitalières et adoptés par le Ministère de la santé publique devront être utilisés au niveau de toutes les pharmacies hospitalières.

**LA FICHE DE STOCK :**

Ses objectifs sont :

l'enregistrement des mouvements

le déclenchement des commandes

la suppression des surstocks

Son utilisation doit être quotidienne. Elle est au déclenchement de la commande.

**LA FICHE DE COMMANDE :**

Ses objectifs sont :

la révision des stocks de sécurités.

l'établissement des commandes.

l'établissement des prévisions.

le suivi des réceptions.

le suivi des factures.

Son utilisation est mensuelle pour les CHU trimestrielle pour les secteurs sanitaires et annuelles pour l'établissements du bilan.

**LE FICHE DE VENTILATION :**

Ses objectifs sont ;

l'identification des destinataires en qualité et en quantité de médicaments livrés ;

préparation des listes de médicaments par service médical ou chirurgical.

Son utilisation est : quotidienne et mensuelle.

Compte tenu de l'importance que revêt cette opération, Messieurs les chefs de division de la santé et de la population sont chargés du suivi de l'application de la présente circulaire. Ils devront me tenir informé de faite avant le 15 juin 1988.

SIGNATURE ILLISIBLE

: D.C.I .....  
 Numéro ..... : Dénomination commerciale .....  
 Prix Unitaire ..... : Forme ..... Dosage .....  
 : Unité DIT .....  
 Stock reçu ..... : Equivalent .....  
 Stock Alerte ..... :  
 Stock Maxi ..... : Consommation Mensuelle .....  
 : Prévion Annuelle ..... Réserve  
 :  
 :

Date	Numéro	Origine Destination	Entrées	Sorties	Stock	Observation
Total						

Fournisseur : ..... D.C.I ..... Forme ..... Prix Unité .....  
 S.S.....  
 Prévion Annuelle ..... Nom Commercial..... Dosage ..... Délai ..... S.A.L  
 .....  
 Alea ..... S. MAX.....

Unité Distr. .... Unité Commande .....

	Jan	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Aout	Sept	Oct	Nov	Dec	Total
Consommation													
Consommation Moyenne													
En Commande													
Stock Inventaire													
Cumul des Commandes													
Quantité a Commander													
N° Commande Date													
N° Réception Date													
N° Facture Date													

DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE : ..... DENOMINATION COMMERCIALE :  
 .....  
 FORME ..... DOSAGE .....  
 UNITE DISTRIBUTION ..... PRIX UNITAIRE .....

Date	Service A	Service B	Service C	Service D	Service E	.....	Service N
REPORT							

**CIRCULAIRE N° 06 DU 30 SEPTEMBRE 1992**

A MESSIEURS :

Les (WALIS) Direction de la Santé et de la Population  
Les Directeurs Généraux des C.H.U  
Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés  
Les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

En Communication à Mesdames et Messieurs.

Les Chefs de Service  
Les Pharmaciens  
Les Médecins  
Les Directeurs Chargés des Affaires Economiques

**OBJET : Rappel des responsabilités en matière de gestion des produits pharmaceutiques en milieu hospitalier**

L'approvisionnement et la disponibilité permanente des produits pharmaceutiques conditionnent le bon fonctionnement des services soins. Ils doivent faire l'objet d'une attention soutenue de la part des gestionnaires et bénéficier d'un traitement particulier dans le cadre de la priorité accordée par le programme du Gouvernement au secteur de la santé.

La conjoncture économique particulière que vit le pays, la négligence, le non respect, voire même la méconnaissance des règles procédures régissant les modes de gestion, de répartition et de prescription des produits pharmaceutiques, interpellent la nécessité d'une régulation effective et d'un contrôle strict en amont et en aval de l'acquisition de ces produits par les structures sanitaires et leurs officines.

En vue de la maîtrise de l'ensemble des données en matière de gestion, il convient de recourir à l'usage de la comptabilité matière qui permet notamment :

le suivi rigoureux du produit par l'établissement d'une fiche de stock  
le contrôle de sa répartition par la tenue d'une fiche de ventilation,  
la préparation rationnelle de la commande ;  
l'évaluation périodique des stocks afin d'éviter les situations de pénurie ou de sur stock ;  
l'élaboration du compte de gestion matière

l'établissement par le comité du médicament de l'établissement (instance dont le pharmacien responsable de la pharmacie est membre de droit d'une liste des produits pharmaceutiques à détenir en permanence à la pharmacie.

A ces avantages s'ajoute inévitablement l'aspect financier, le mouvement du produit étant simultanément un mouvement d'argent.

La comptabilité matière est par conséquent un élément indispensable à la gestion des deniers publics

**I / RAPPEL DES RESPONSABILITES A CHAQUE NIVEAU DU CIRCUIT DE CONSOMATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.**

Les produits pharmaceutiques sont destinés aux malades hospitalisés et aux personnes prises en charge dans le cadre des programmes nationaux de santé. Toutes les dispositions doivent être prises et les responsabilités exercées pour qu'aucun produit pharmaceutique n'échappe au circuit de consommation ci-dessous défini.

**A) Au niveau de la pharmacie de l'établissement sanitaire**

Le pharmacien est responsable de la comptabilité matière des stocks de la pharmacie dès la signature du bon de commande auprès des fournisseurs.

Il prend toutes dispositions qui s'imposent pour assurer la sécurité de la pharmacie.

En rapport avec le directeur des Affaires Economiques, il demande la réalisation de travaux qui assurent la sécurité préventive de la pharmacie.

Il veille en rapport avec le directeur des affaires économiques à ce que les conditions essentielles de stockage, d'aération et de lutte contre les incendies soient réunies ;

**B) Au niveau des services :**

Le chef de service est responsables des commandes établies pour les besoins de son service, commandes qu'il vise lui même et veille à la destination finale du médicament ; à cet effet il tient une comptabilité des entrées et sorties des médicaments dans le service.

Il peut déléguer sa signature (sans que sa responsabilité ne soit dérogée) à une personne qu'il doit notamment désigner.

Seuls les dépositaires de signatures auprès de la pharmacie de l'établissement sont habilités à signer les bons de commande.

Il veille à ce que les registres de prescriptions soient tenus par les médecins concernés.

C'est sous la responsabilité et le contrôle du surveillant médical chef que sont préparés les plateaux de soins destinés aux malades au vu des prescriptions établis par les médecins et portées sur le registre de prescription.

Sous le contrôle et la responsabilité du chef de service, les praticiens de service inscrivent sur le registre les indications suivantes :

les noms et prénoms des malades ou des personnes prises en charge dans le cadre des programmes nationaux de santé.

Le numéro du lit (cas des hospitalisés)

Le produit pharmaceutique prescrit

La durée du traitement

La date

Ces dispositions doivent être accompagnées impérativement des noms, prénoms et signatures des praticiens ainsi que leurs observations éventuelles.

## **II RAPPEL DES CONTROLES A EFFECTUER A CHAQUE NIVEAU DU CIRCUIT DE CONSOMATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.**

A l'issue de ce contrôle, un rapport écrit est adressé au directeur de l'établissement qui lui réserve les suites qu'impose la réglementation en vigueur.

Cette opération est effectuée, également lors de la prise de fonction du pharmacien ou à l'occasion de son remplacement, le directeur de l'établissement ne libère ce dernier que s'il s'est acquitté de cette obligation dans le cadre d'une passation écrite et visée par le directeur chargé des affaires économiques.

A- défaut, le Directeur de l'établissement endosse les écarts de stocks pouvant apparaître.

B- le pharmacien –chef fait procéder sous sa responsabilité, au moins deux fois par an au contrôle des armoires à pharmacie des services de l'établissement .Outre ce contrôle semestriel systématiques, des contrôles ponctuels seront effectués en tant que de besoins notamment en ce qui concerne certains groupes de médicaments à suivre particulièrement tels que les stupéfiants, psychotropes, médicaments coûts élevé, médicaments strictement réservés aux hôpitaux.

Il détermine les écarts de stock à partir de la dite entre les qualités fournis et les quantités consommées portées sur registre de prescription.

Il adresse à l'issue de ce contrôle le un rapport écrit au directeur de l'établissement.

A cette occasion, le pharmacien fait ressortir dans rapport toutes les remarques concernant la sécurité des stocks la lité et l'emmagasinage.

Le directeur de l'établissement adresse ses observas écrites au chef de service et prend toutes les mesures qui s'imposent.

Un inventaire doit être fait lors de la prise de fond du responsable dûment désigné, chaque fois qu'il est remplacé.

Cet inventaire doit être formalisé par un procès-verbal qui sera communiqué au pharmacien de l'établissement.

Le chef de service veille au respect de l'ordonnancement des prescriptions médicales sur le registre de prescription par les médecins.

Ce dispositif de contrôle de la consommation des produits pharmaceutique est essentiel, sa non application rend illusoire tout gestion rationnelle.

Le chef de service veille quotidiennement au respect de ces mesures.

Compte tenu de l'importance que revêt cette circulaire, j'attache le plus grand soin à son application.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Med Seghir BABES**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POUVAIRE.**  
**MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

LE MINISTRE

MM. LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE (D.S. P.S.)

(En Communication a Messieurs les WALIS)

DIRECTEURS GENERAUX DES C.H.U.

DIRECTEURS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES

DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES.

**CIRCULAIRE N°03 /MSP/CAB/ DU 13 JUILLET 1994 RELATIVE A LA GESTION DES MEDICAMENTS DANS  
LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES**

La circulaire n°006 du 30 septembre 1992 relative au rappel des responsabilités en matière de gestion des produits pharmaceutiques en milieu hospitalier, a défini clairement les règles générales et impératives à observer dans ce domaine particulier. L'évaluation de l'exécution des dispositions de cette circulaire, dont la nécessité de son application correcte vous a été rappelé par télex n° 108 /MSP /DC du 08 juin 1994 a permis de constater une amélioration relative dans certains aspects de la gestion du médicament.

Cependant des lacunes importantes caractérisent toujours cette gestion. Les insuffisances qui persistent malgré les nombreuses instructions données dans ce sens, concernent notamment les aspects particuliers et essentiels suivants :

Conditions de stockage et de sécurité

Suivi insuffisant de l'évaluation périodique et du contrôle des stocks et de la tenue du fichier correspondant.

Dispersion des lieux d'entreposage et de distribution (pharmacie centrale, services, unités ...)

Réseau de distribution du médicament non identifié et non codifié clairement (multiplicité des agents distributeurs).

Contrôle insuffisant de la destination finale des produits (absence de recouplement fiche malade/consommation des médicaments selon traitement prescrit).

Absence d'estimation financière préalable des commandes, conduisant souvent au dépassement des crédits budgétaires ouverts.

Au vu de ce diagnostic sommaire, les responsables concernés à tous les niveaux sont invités à reprendre en main de façon plus rigoureuse tous les problèmes inhérents à l'approvisionnement, au circuit et aux conditions de gestion du médicament.

S'agissant d'un produit éminemment sensible, soumis périodiquement à de forte tension et parfois à de grave pénuries et d'autre part pour atteindre l'objectif fondamental poursuivi dans la recherche permanente d'une amélioration qualitative des conditions générales de prise en charge des malades, il s'avère désormais plus qu'impératif de réduire tous les surcoûts à la charge des structures sanitaires, notamment ceux liés à la surconsommation et à la distribution abusive des médicaments.

La distribution gratuite du médicament aux personnels hospitaliers et à leurs ayants droit, constitue une pratique admise et observée actuellement par la quasi totalité des établissements publics de santé.

Pourtant ces personnels ont obligatoirement la qualité d'assurés sociaux et bénéficient à ce titre nécessairement de la couverture sociale.

Cette mesure portant gratuité du médicament aux personnels engendre des dépenses qui grèvent sérieusement le budget de fonctionnement des établissements hospitaliers.

Aussi la présente circulaire a pour objet principal d'ordonner à tous les gestionnaires des structures hospitalières la suppression immédiate du régime de la gratuité des médicaments servis aux personnels de leurs établissements.

Il appartient aux gestionnaires de rechercher et d'engager toutes les formules alternatives, jugées intéressantes pour pallier aux effets de cette mesure impérative.

A titre indicatif et pour permettre la prise en charge de cet aspect de la question, il y a lieu d'encourager la création d'officine extra-muros, de redynamiser le service social pour assurer les achats et les remboursements de médicament destinés aux personnels de susciter l'adhésion au système mutualiste.

Toute initiative visant à améliorer les conditions socioprofessionnelles des travailleurs devra être soutenue dans le strict respect du cadre réglementaire.

Je vous demande d'accorder toute votre attention à l'application de la présente circulaire et de veiller à la mise en œuvre des dispositions qu'elle renferme.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

**MONSIEUR : YAHIA GUIDOUM**

**ARRETE N°069 MSP/MIN DU 16 JUILLET 1996 PORTANT REGLEMENTATION DE LA DISPENSATION DES  
SUBSTANCES VENENEUSES DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION,

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;  
Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaabane 1416 correspondant au 31 décembre 1995 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret n° 81-242 du 5 septembre 1981 portant création et organisation des secteurs sanitaires, modifié et complété ;  
Vu le décret n° 81-243 du 5 septembre 1981 portant création et organisation des établissements hospitaliers spécialisés, modifié et complété.  
Vu le décret exécutif n° 93-153 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du ministère de la santé et de la population.

**ARRETE :**

**Article 1 :** Sont soumis aux dispositions du présent arrêté les établissements disposant d'une pharmacie légalement ouverte et gérée par un pharmacien remplissant les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**TITRE I PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS CONTENANT DES SUBSTANCES VENENEUSES**

**Article 2 :** Dans les établissements mentionnés à l'article 1<sup>er</sup>, les médicaments contenant des substances vénéneuses ne peuvent être prescrit que par :

les médecins, les chirurgiens dentistes de l'établissement (dans les limites de leur domaine d'activité) remplissant les conditions définies à l'article 197 de la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 susvisée.

les internes en médecine et en chirurgie dans les conditions définies à l'article 200 e la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 susvisée.

Le directeur de l'établissement communique à la pharmacie la liste des personnes habilités à prescrire et en assure la mise à jour.

Cette liste comporte les noms, qualité et signature de ces personnes avec l'intitulé précis de leur fonction.

**Article 3 :** les prescriptions de médicaments sont individuelles et effectuées par écrit, datées et signées du prescripteur. La signature doit être authentifiable. L'original de la prescription est conservé dans le dossier médical, une copie est remise à la pharmacie.

**Article 4 :** Les prescriptions mentionnées à l'article 3 doivent comporter :

a) l'identification de l'établissement et de l'unité de soins ;

b) l'identification du prescripteur définie à l'article 2 avec l'intitulé précis de sa fonction ;

c) l'identification précise du malade : le nom – le prénom – le sexe – l'âge – le cas échéant, la taille et le poids ;

d) l'identification du ou des médicaments (s) – la dénomination et, s'il s'agit d'une préparation magistrale, la forme détaillée – la forme pharmaceutique-le dosage –

La posologie et la durée du traitement – la voie d'administration ;

e) toute autre information nécessaire à la dispensation du ou des médicaments (s) concerné (s) ;

**Article 5 :** Toutes les précautions doivent être prises pour éviter les pertes, les vols et les falsifications des ordonnances. A cet effet, les prescriptions écrites sont effectuées sur les ordonnances réservées à l'usage de l'établissement, extraites de blocs d'ordonnances numérotés et paginés.

Les blocs d'ordonnances et tout tampon d'identification doivent être sous clef.

Toutes autres précautions complémentaires en fonction des caractéristiques de chaque établissement peuvent être prises.

**TITRE 2 – DISPENSATION ET ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS CONTENANT DES SUBSTANCES VENENEUSES.**

**Article 6 :** La dispensation des médicaments est l'acte pharmaceutique associant la délivrance des médicaments à :  
l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale ;

la préparation éventuelle des doses à administrer ;

la mise à disposition d'informations nécessaires au bon usage des médicaments ;

Pour accomplir cette dispensation, le pharmacien peut demander au prescripteur tous renseignements utiles ;

**Article 7 :** Les médicaments sont délivrés à l'unité de soins globalement ou individuellement sur prescription médicale par des pharmaciens ou sous leur responsabilité par :

des internes en pharmacie et des étudiants de cinquième année hospitalo-universitaire ayant reçu délégation du pharmacien dont ils relèvent;

des préparateurs en pharmacie sous le contrôle effectif des pharmaciens.

**Article 8 :** Le pharmacien conserve chronologiquement justification des prescriptions durant trois ans.

**Article 9 :** Avant toute administration des médicaments au malade. Le personnel infirmier vérifié l'identité du malade et les médicaments, au regard de la prescription médicale.

Pour chaque médicament, la dose administrée et l'heure d'administration sont enregistrées sur un document conservé dans le dossier médical. Ce document peut être communiqué à tout moment au pharmacien sur sa demande.

**TITRE 3 : DETENTION ET ETIQUETAGE DES MEDICAMENTS CONTENANT DES SUBSTANCES VENENEUSES.**

**Article 10 :** Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité.

Dans tous les cas, ces armoires ou dispositifs de rangement ne doivent contenir que des médicaments, quelles que soient les conditions particulières de leur conservation.

**Article 11 :** Le pharmacien décide en accord avec le médecin responsable de l'unité de soins ou à défaut celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés, de l'organisation, dans l'unité de soins, des dispositifs de rangement des médicaments destinés à répondre aux besoins urgents.

**Article 12 :** Le surveillant ou la surveillante médicale de l'unité de soins ou un infirmier ou une infirmière désigné (e) par écrit par le responsable de l'unité de soins fixé, an accord avec le pharmacie, les dispositions propres à éviter toute perte, vol ou emprunt des clefs de ces dispositifs de rangement lorsqu'ils existent.

Les modalités de détention, de mise à dispositions et de transmission des clefs font l'objet d'une procédure écrite.

**Article 13 :** Le pharmacien et le médecin responsable de l'unité de soins ou à défaut celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés détermine après consultation du surveillant ou de la surveillante médicale, la dotation de médicaments permettant de faire face l'unité concernée, aux besoins urgents.

Ils fixent une liste qualitative et quantitative des médicaments composant cette dotation. Cette liste est établie en deux exemplaires datés et conjointement signés. Un exemplaire est conservé à la pharmacie et l'autre est affiché le dispositif de rangement.

Ils désignent un médecin responsable de l'utilisation des médicaments de la dotation.

La dotation est révisée au minimum une fois par an.

**Article 14 :** Sans préjudice des dispositions de l'article 21, le renouvellement de la dotation pour besoins urgents ne peut être effectué que sur présentation des doubles des documents de prescription accompagnés d'un état selon le modèle ci-dessous et signé par le médecin responsable de l'unité de soins.

ETABLISSEMENT DE ..... N° .....

Dotation pour besoins urgents

Unité de soins : .....

Désignation du médicament	Réserve normale	Quantité consommée Du ..... au .....	Quantité demandée

Date :

Signature du médecin

Responsable de l'unité de soins :

**Article 15 :** Tout transport de médicaments entre la pharmacie et les unités de soins doit se faire dans des chariots ou conteneurs clos et de préférence fermés à clef ou disposant d'un système de fermeture assurant la même sécurité.

**Article 16 :** Le pharmacien ou toute personne désignée par lui doit régulièrement vérifier que la composition de la dotation de médicaments pour besoins urgents est conforme à la liste mentionnée à l'article 13, il doit notamment contrôler les quantités au regard des prescriptions faites, le mode de détention et le respect des règles d'étiquetage et de conservation des médicaments.

Le procès-verbal de la visite doit être daté et ce signé par le pharmacien et le responsable de l'unité de soins.

**Article 17 :** Les médicaments doivent être détenus de préférence dans leur conditionnement d'origine ou à défaut dans des récipients étiquettes selon les dispositions suivantes :

Stupéfiants : étiquette blanche avec large filet rouge ;

Liste I : étiquette blanche avec large filet rouge ;

Liste II : étiquette blanche avec large filet vert ;

Ces étiquettes devront comporter :

dans la partie supérieure, inscrite en lettres noires ;

la dénomination commune internationale du ou des principes actifs ;

et/ou dénomination de la spécialité ;

le dosage exprimé en quantité ou en concentration ;

la forme pharmaceutique ;

la voie d'administration ;

dans la partie inférieure, séparée du contexte par une ligne noire et inscrite en lettres noires, la mention bien lisible, « respecter les doses prescrites ».

L'étiquette du conditionnement doit mentionner le numéro de lot et la date de péremption du médicament qu'il contient. La notice d'information du médicament doit être jointe ou à défaut l'unité de soins doit disposer de la documentation nécessaire.

**Article 18 :** Sauf accord écrit des prescripteurs mentionnés à l'article 2. Il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés. Sauf accord des prescripteurs précités.

#### TITRE 4 – DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LES MEDICAMENTS CLASSES COMME STUPEFIANTS

**Article 19 :** Les médicaments classés comme stupéfiants ne peuvent être délivrés que sur prescription d'une personne désignée à l'article 2a.

La prescription doit se faire sur une ordonnance extraite d'un carnet à souches numérotées, à feuillets paginés, de couleur rose et réservée exclusivement à cet usage dans l'établissement.

L'ordonnance doit comporter les mentions prévues à l'article 4. Cependant, le prescripteur doit indiquer en toutes lettres la quantité prescrite : nombre d'unité thérapeutiques, s'il s'agit de spécialités, doses ou concentrations de substances et nombre d'unités ou volume, s'il s'agit de préparations magistrales.



**Article 20 :** Un relevé nominatif doit être effectué au fur et à mesure de l'administration de tout médicament contenant des stupéfiants sur un document spécial comportant :  
le nom de l'établissement  
la désignation de l'unité de soins  
la date et l'heure de l'administration  
les noms et prénoms du malade  
la dose administrée  
l'identification du prescripteur  
l'identification de la personne ayant procédé à l'administration et sa signature ;  
Ces relevés nominatifs sont datés et signés par le médecin responsable de l'unité de soins et adressés à la pharmacie qui les conserve pendant trois ans.

**Article 21 :** Le renouvellement des quantités prélevées à partir de la dotation pour besoins urgents ne peut être réalisé que sur présentation d'un état récapitulatif figurant sur un imprimé de couleur rose, établi selon le modèle mentionné à l'article 14. Cet état récapitulatif est accompagné des ordonnances concernant les médicaments qui ont été prélevés dans la dotation pour besoins urgents et des relevés nominatifs prévus à l'article 20.

En outre, le pharmacien peut exiger que lui soient remis les conditionnements primaires correspondant aux quantités consommées.

**Article 22 :** Les médicaments contenant des stupéfiants ne doivent être remis par le pharmacien ou les personnes définies à l'article 7 qu'au surveillant ou la surveillante médicale de l'unité de soins ou à un infirmier ou une infirmière conjointement désigné par le médecin responsable de l'unité de soins et le pharmacien ou le cas échéant au prescripteur lui-même.

**Article 23 :** Dans les locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef. Des mesures particulières de sécurité contre toute effraction sont prévues.

**Article 24 :** Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du ministère de la santé et de la population.

Le Ministre de la santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

**CIRCULAIRE N° 02 DU 10 AOUT 1996**

**DESTINATAIRES :**

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale de la Wilaya  
" pour information et suivi "

Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U " pour application"  
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires et des Etablissements Hospitaliers  
Spécialisés " pour application "

La gestion des pharmacies des établissements de santé se traduit souvent par des dépassements de crédits entraînant des restes à payer. Cette situation entraîne des difficultés pour les fournisseurs devant gérer des découverts parfois importants.

La présente circulaire a pour objet de remédier à cette situation et d'introduire plus de rigueur dans la gestion des crédits affectés aux produits pharmaceutiques.

**1- Crédits affectés :**

Le pharmacien est tenu de suivre la consommation des crédits affectés à la pharmacie. A ce titre, le Directeur de l'établissement doit lui notifier en début d'année la dotation en crédits du titre.

**2- Nomenclature des produits pharmaceutiques :**

Le pharmacien doit participer à l'élaboration de la nomenclature des produits pharmaceutiques par service en collaboration avec les chefs de service. Seuls les produits inscrits dans la nomenclature du service peuvent être commandés. Les commandes de produits hors Nomenclature de l'établissement sont honorées sur présentation d'une ordonnance établie par le chef de service.

**Etablissement du bon de commande :**

Le pharmacien responsable établit le bon de commande des produits pharmaceutiques contenue dans la Nomenclature type de l'établissement qu'il signe conjointement avec le Directeur de l'Etablissement. Ce bon doit être évalué financièrement pour permettre un suivi de la comptabilité des engagements.

**3- Acheminement du bon de commande :**

La livraison des produits se fait obligatoirement en présence du pharmacien responsable ou de son assistant a fin de contrôler la conformité des produits au vu du bon de commande émis.

**4- Réception des produits livrés :**

Le pharmacien responsable ou son assistant est tenu de vérifier les quantités de produits livrés ainsi que leur date de péremption au vu du bon de commande émis, du bon de livraison et de la facture reçues .

**6.1 – La commande livrée est conforme :**

Le pharmacien responsable appose le service fait sur la facture, en mentionnant la date et le numéro d'enregistrement et sa signature. La facture est adressée au Directeur Adjoint chargé des services économiques et financiers pour la prise en charge de la liquidation et de l'ordonnancement de la facture.

Le pharmacien est tenu de suivre chaque étape de ces différentes opérations en vue du règlement rapide des factures reçues.

**6.2 – La commande livrée comporte des anomalies :**

Le pharmacien responsable est tenu de saisir immédiatement le fournisseur en vue de l'informer et de rétablir la conformité de la commande.

Le Directeur de la Pharmacie et du Médicament

**Mr Ouazaa**

LE MINISTRE

**INSTRUCTION N°003 MSP/MIN DU 29 Septembre 1996**

**Fixant les modalités d'approvisionnement et de distribution des médicaments dans les établissements publics de santé**

Destinataires :

- |                                           |                      |
|-------------------------------------------|----------------------|
| - Messieurs LES WALIS                     | P/INFORMATION        |
| - Messieurs LES D.S.P.S                   | P/SUIVI ET DIFFUSION |
| -AUX EHS ET SECTEURS SANITAIRES           | P/EXECUTION          |
| - Mesdames et Messieurs LES D.G DES C.H.U | P/EXECUTION          |

Référence :

- Circulaire N°06/MSP/CAB du 30septembre 1992
- Circulaire N°03/MSP/CAB du 13 juillet 1994
- Note N°571/CAB/MIN du 20 juillet 1994
- Circulaire N° 1302 MSP/DPHM DU 24 Septembre 1995
- Note N°97 MSP/DSS DU 11 JUIN 1996
- Téléx N° 61 MSP/DSS DU 17 JUIN 1996
- Circulaire N° 02 MSP/DPHM DU 19 Août 1996

Objet : Procédures et modalités d'approvisionnement et de distribution des médicaments dans les établissements publics de santé

Pièces jointes :

- Modèles d'état des ruptures
- Liste des produits pharmaceutiques soumis surveillance particulière.

**I - APPROVISIONNEMENT**

**I-1 - Etablissement du bon de commande**

Le pharmacien responsable doit établir un bon de commande mensuel des produits pharmaceutiques dans le strict respect de la nomenclature de l'établissement, qu'il signe conjointement avec le directeur. Ce bon doit être évalué financièrement pour permettre un suivi de la comptabilité des engagements. Le bon de commande en direction du fournisseur doit comporter les mentions suivantes :

Dénomination commune internationale du produit (D.C.I.)

Forme et dosage du produit

Quantité libellée en unité de compte

**I-2 - Acheminement du bon de commande**

Le bon de commande est déposé auprès du fournisseur par le pharmacien responsable ou par une personne dûment mandaté. Le double de ce bon devra être visé par le fournisseur.

**I-3 - Réception des commandes**

Le pharmacien responsable est tenu de vérifier la conformité, les quantités des produits livrés, ainsi que leur date de péremption au vu du bon de commande émis du bon de livraison et de la facture reçue.

**I-3-1 - La livraison est conforme**

Le pharmacien responsable appose le « service fait » sur la facture en mentionnant la date, le numéro d'enregistrement et sa signature.

Cette facture est adressée au responsable des services financiers pour la prise en charge de la liquidation et de l'ordonnancement de celle-ci.

Le pharmacien responsable et le responsable des services financiers sont tenus d'établir un état hebdomadaire des situations de paiements des factures reçus Cet état sera transmis au directeur de l'établissement.

**I-3-2 – La livraison comporte des anomalies**

Le pharmacien responsable est tenu de saisir immédiatement par écrit le fournisseur et de rétablir la conformité de la commande. Dans cette situation, la facture ne sera transmise au service financier qu'une fois les litiges et / ou anomalies levés par le fournisseur.

**II - DISTRIBUTION**

**II-1- .Commande auprès de la pharmacie principale**

**II-1-1. Bons de commande hebdomadaire**

Seul le praticien chef de service dont le spécimen de signature est déposé auprès de la pharmacie principale de l'établissement est habilité à signer les bons de commande de médicaments. Ces bons de commande sont établis de façon hebdomadaire pour les services hospitaliers et de façon mensuelle pour les services extra-hospitaliers. Ces bons de commande, conformes à la nomenclature des services ou / et structures (polyclinique, centre de santé) doivent être libellés en dénomination commune internationale (DCI)

### II-1-2. Ordonnances internes du service

Le praticien chef de service est tenu de dresser la liste nominative des praticiens médicaux exerçants sous son autorité. Cette liste est transmise respectivement au Directeur de l'établissement et au pharmacien responsable qui recueille les spécimens de signatures des praticiens habilités à opérer des prescriptions nominatives pour les patients dont ils ont la charge.

Le praticien chef de service est tenu d'actualiser périodiquement la liste.

Le praticien habilité à prescrire peut établir une ordonnance pour son patient, pouvant comporter des médicaments ne figurant pas dans la nomenclature du service .Cette ordonnance doit obligatoirement comporter :

L'identité du praticien et du patient

L'âge du patient

Le N° de lit

Le N° d'amission

La date de la prescription

Les ordonnances sont servies quotidiennement.

La commande et la prescription des stupéfiants font l'objet de dispositions particulières.

### II-1-3. Commande exceptionnelle

En tant que de besoin dûment justifié, le praticien chef de service peut établir un bon de commande « exceptionnel » lui permettant de disposer d'une quantité plus importante (supérieure à la dotation) que celle définie dans la nomenclature du service.

Pour être servi de bon de commande doit être obligatoirement visé par

### III. STOCKS PERMANENTS OBLIGATOIRES

Le pharmacien responsable ainsi que le Directeur de l'établissement devront veiller à la consultation d'un stock obligatoire équivalent à un mois de fonctionnement normal. Ce stock devra être permanent et être calculé sur la base de quatre fois la dotation hebdomadaire de l'établissement.

### IV. PROCEDURE DE DECLARATION DES RUPTURES.

Cette déclaration ne doit concerner que les produits pharmaceutiques soumis à surveillance particulière dont la liste est jointe à la présente instruction.

La transmission des états de ruptures doit obligatoirement comporter les mentions relatives à la classe thérapeutique, à la forme et au dosage et libellées en dénomination commune internationale (DCI).

L'état des ruptures dûment établi par le pharmacien responsable et visé par le directeur d'établissement doit être transmis au

Ministère de la Santé et de la population - Direction de la Pharmacie et du Médicament – et à la Direction Générale de la pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH) pour traitement et prise en charge sur la base du canevas joint en annexe.

### V. COMPTE DE GESTION MATIERE

La tenue de la comptabilité matière est requise pour la gestion des produits pharmaceutiques.

### VI. DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS AUX MALADES

#### VI.1. Produits des programmes nationaux de santé

Le principe réside dans la distribution des médicaments exclusivement aux malades hospitalisés. Cette distribution concerne aussi les usagers relevant des programmes nationaux de santé.

#### VI.2. Médicaments à usage strictement hospitalier

Les malades hospitalisés déclarés « sortant » et qui doivent poursuivre leur traitement à titre ambulatoire continueront de bénéficier de la couverture thérapeutique prodiguée par l'établissement hospitalier d'origine, pour les médicaments à usage strictement hospitalier, non vendus dans les officines.

### VII. INFORMATISATION

L'utilisation du logiciel de gestion des produits pharmaceutiques « EPIPHARM » conçu et réalisé par le Ministère de la Santé et de la Population doit être effective dans tous les établissements publics de santé.

La présente instruction abroge tous les téléx, notes et circulaires antérieures notamment ceux ci-dessus référencés.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION  
Yahia GUIDOUM

### ETAT DES RUPTURES

#### Des Médicaments à surveillance particulière

Code DCI	Dénomination Commune Internationale Forme & Dosage	N° et Date du BC émis

Code DCI : Selon Nomenclature en vigueur

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

**LISTE DES MEDICAMENTS  
A SURVEILLANCE PARTICULIERE**

Code DCI	Dénomination Commune Internationale
----------	-------------------------------------

ANESTHESIOLOGIE

02A ANALGESIQUES POUR ANESTHESIE

02 002	FENTANYL Sol. Inj 100 mg / Amp
02 003	FENTANYL Sol. Inj 500 mg / Amp
02 004	PHENOPERIDINE Sol. Inj 10 mg / Amp

02 B ANESTHESIQUES GENERAUX ET GAZ

02 008	KETAMINE Sol. Inj 10 mg / ml
02 009	KETAMINE Sol. Inj 50 mg / ml
02 010	KETAMINE Sol. Inj 100mg / ml
01 011	PROPOFOL Sol. Inj IV 200 mg / 20 ml
02 012	THIOPENTAL SODIQUE Pdre .Sol .Inj 500 mg
02 013	THIOPENTAL SODIQUE Pdre Sol.Inj 1 g
02 014	OXYGENE BOUTEILLE
02 015	PROTOXYDE D'AZOTE BOUTEILLE

02 C ANESTHESIQUES LOCAUX ET REGIONAUX

02 018	LIDOCAINE Sol. Inj 1%
02 019	LIDOCAINE Sol. Inj 2%
02 020	LIDOCAINE Sol NON Inj 5%
02 021	LIDOCAINE / ADRENALINE Sol. Inj 1%
02 022	LIDOCAINE / ADRENALINE Sol. Inj 2%
02 023	LIDOCAINE / GLUCOSE Sol.IR 5 / 7.5 %
02 027	LIDOCAINE VISQUEUSE GEL. 2 G%
02 032	PROCAINE Sol. Inj 1%
02 033	PROCAINE Sol. Inj 2 %

02 D CURARISANTS

02 036	PANCURONIUM Sol. Lin IV 2mg/ml
02 037	SUXAMETHONIUM IODURE Pdre .Sol.Inj 10 mg/ml
02 038	VECURONIUM BROMURE Pdre .SOL. Inj 4mg/ ml

ANTALGIQUES

**03 ANALGESIQUES MAJEURS**

03 015	DEXTROMORAMIDE Sol. Inj 5 mg/Amp
03 016	DEXTROMORAMIDE Comp 5 mg
03 017	MORPHINE CHLORHYDRATE Sol.Inj 1%
03 018	MORPHINE Sol.Inj 100 mg/ 2ml

04 ANTI-INFLAMATOIRES

04 A ANTI-INFLAMATOIRES STERIDIENS

04 001	TETRACOSACTIDE Pdre.Sol.Inj 0.25 mg
04 002	TETRACOSACTIDE Pdre Sol.Inj 0.50 mg
04 003	TETRACOSACTIDE Pdre Sol.Inj 1 g

CANCEROLOGIE

05 A CYTOSTATIQUES

05 001	ACTINOMYCINE D Amp.Inj 0.5 mg
05 002	AMSACRINE Sol.Inj 75 mg
05 003	ASPARACINASE Sol.Inj 10.000 UI

05 004 BLEOMYCINE Pdre Sol.Inj 15 mg  
 05 005 BUSULFAN Drg 2 mg  
 05 006 CARMUSTINE Sol.Inj 100 mg  
 05 007 CHLORMETINE Pdre Sol.Inj 10 mg  
 05 008 CIS-PLATINUM Pdre Sol.Inj 25 mg  
 05 009 CYCLOPHOSPHAMIDE Pdre Sol.Inj 100 mg  
 05 010 CYCLOPHOSPHAMIDE Pdre Sol.Inj 500 mg  
 05 011 CYCLOPHOSPHAMIDE Comp 50 mg  
 05 012 CYTARABINE Pdre Sol.Inj 100 mg  
 05 013 DACARBAZINE Pdre Sol.Inj 100 mg  
 05 014 DOXORUBUCINE Pdre Sol.Inj 20 mg  
 05 015 DOXORUBIINE Pdre Sol.Inj 10 mg  
 05 016 DOXORUBICINE Pdre Sol.Inj 50 mg  
 05 017 EPIRUBICINE Pdre Sol.Inj 10 mg  
 05 018 EPIRUBICINE Pdre Sol.Inj 50 mg  
 05 019 EPOROSIDE Sol.Inj 100 mg / 5 ml  
 05 020 FLUORO-URACILE Sol.Inj 250 mg  
 05 021 HYDROXYCARBAMIDE Gles 500 mg  
 05 022 IFOSFAMIDPdre Sol.Inj 1 g  
 05 023 LOMUSTINE Gles 100 mg  
 05 024 MELPHALAN Comp 2 mg  
 05 025 MERCAPTOPURINE Comp 50 mg  
 05 026 METHOTREXATE Pdre Sol.Inj 5 mg  
 05 027 METHOTREXATE Pdre Sol .Inj 20 mg  
 05 028 METHOTREXATE Pdre Sol.Inj 50 mg  
 05 029 METHOTREXATE Pdre Sol.Inj 500 mg  
 05 030 METHOTREXATE Pdre Sol.Inj 1 g  
 05 031 METHOTREXATE Sol.Inj 5 g  
 05 032 METHOTREXATE Comp 2.5 mg  
 05 033 METOMYCINE Pdre Sol.Inj 2 mg  
 05 034 MITOMYCINE Pdre Sol.Inj 10 mg  
 05 035 PROCARBAZINE Gles 50 mg  
 05 036 TENIPOSIDE Sol.Inj IV 10 mg /ml  
 05 037 THIOGUANINE Comp 40 mg  
 05 038 VINBLASTINE Pdre Sol.Inj 10 mg  
 05 039 VINCRISTINE Sol.Inj 1 mg  
 05 040 VINDESINE Pdre Sol.Inj 1 mg  
 05 041 VINDESINE Pdre Sol.Inj 4 mg

#### 05 B IMMUNO-SUPRESSEURS

05 042 AZATHIOPRINE Pdre Sol.Inj 15 mg  
 AZATHIOPRINE Comp 50 mg  
 05 045 CICLOSPORINE Sol Inj 50 mg/ml flacon 1 ml  
 05 046 CICLOSPORINE Sol.Inj 50 mg/ml flacon 5 ml  
 05 047 CICLOSPORINE Sol.Inj Buv 100mg/ml  
 05 048 CICLOSPORINE Caps 25 mg  
 05 049 CICLOSPORINE Caps 100 mg

#### 06 CARDIOLOGIE ET ANGELOGIE

##### 06 A ANALEPTIQUES CIRCULATOIRES ET HYPOTENSEURS

06 001 ADRENALINE Sol.Inj 0.25 mg/ml  
 06 002 ADRENALINE Sol.Inj 1 mg/ml  
 06 003 DOBUTAMINE Sol.Inj 250 mg/ml  
 06 004 DOPAMINE Sol.Inj 50 mg /10 ml  
 06 005 DOPAMINE Sol.Inj 200 mg/ 5 ml  
 06 006 PHENYLEPHRINE Sol.Inj 10 mg  
 06 007 NORADRENALINE Sol.Inj 4 mg  
 06 008 NORADRENALINE Sol.Inj 8 mg

##### 06 B ANTAGONISTES CALCIIQUES

06 017 NIFEDIPINE Caps 10 mg  
 06 018 NIFEDIPINE Comp LP 20 mg  
 06 019 NIFEDIPINE Sol Inj 0.2 mg/ 2 ml

##### 06 C ANTI - ANGOREUX

06 024 ISOSORBIDE DINITRATE Comp 10 mg  
 06 025 ISOSORBIDE DINITRATE Comp 20 mg  
 06 031 TRINITRINE Comp 0.15 mg  
 06 032 TRINITRINE Gles 2.5 mg  
 06 033 TRINITRINE Gles 7.5 mg

06 036 TRINITRINE Sol.Inj 3 mg/ Amp  
06 037 TRINITRINE Sol.Inj 15 mg / 2 ml

D ANTI – ARYTHMIQUES

06 040 AMIODARONE Sol .Inj 150 mg

06 E ANTI – HYPERTENSEURS

05 055 CLONIDINE Sol.Inj 0.15 mg  
06 057 DIHYDRALAZINE Sol.Inj 25 mg

06 G CARDIOTONIQUES ET CARDIO – ACCELERATEURS

06 077 DESLANOSIDE Sol.Inj 0.2 mg /ml  
06 081 DIGOXINE Sol.Inj 0.5 mg  
06 082 ISOPRENALINE Sol.Inj 0.2 mg

06 H DIURETIQUES

06 083 ACETAEOLAMIDE Sol.Inj 500 mg  
06 087 FUROSEMIDE Sol.Inj 20 mg  
06 088 FUROSEMIDE Sol.Inj 250 mg  
06 092 FUROSEMIDE Sol.Inj 500 mg  
06 093 FUROSEMIDE Sol.Inj 1 g

06 J VASODILATEURS ET ANTI - ISCHEMIQUES

06 102 NITROPRUSSATE DE SODIUM Pdre Sol.Inj 50 mg

07 A ADJUVANTS DE CICATRISATION

07 022 TULLE GRAS OU GAZE + ATB PM  
07 023 TULLE GRAS OU GAZE + ATB GM

07 H DERMOCORTICOIDES

07 050 TULLE GRAS OU GAZE + CORTCOIDES PM  
07 051 TULLE GRAS OU GAZE + CORICOIDES GM

08 DIAGNOSTIC

08 I.R.M

08 001 GADOPENTATE DE DIMEGLUMINE (ASSOCIATION) Sol.Inj IV FL10 ML  
08 002 GADOTERATE DE MEGLUMINE Sol.Inj IV FL 10 ML

08 B OPACIFIANTS BARYTES

08 003 BARYUM SULFATE Pdre Buv  
08 004 BARYUM SULFATE Susp .Buv  
08 005 BARYUM SULFATE Pdre Rec  
08 007 BARYUM SULFATE Pate en tube

08 C OPACIFIANTS IODES

08 008 AMIDOTRIZOATE DE SOD.MEGLUMINE Sol.Buv/Rec fl 100ml I=370mg/ml  
08 009 AMIDOTRIZOATE DE SOD .MEGLUMINE Sol.Inj.76% fl 20ml I= 370mg/ml  
08 010 MIDOTRIZOATE DE SOD.MRGLUMINE Sol.Inj.76% fl 60 ml I= 370mg/ml  
08 011 AMIDOTRIZOATE DE SOD.MEGLUMINE Sol.Inj.60% fl 250ml I= 370mg/ml  
08 012 AMIDOTRIZOATE DE SOD .MEGLUMINE Sol.Inj.60% fl 250ml I= 290mg/ml  
08 013 AMIDOTRIZOATE DE SOD.MEGLUMINE Sol.Inj.30% fl 250ml I= 140mg/ml  
08 014 ETHERS ETHYLIQUES DES ACIDES GRAS IODES Sol.Inj 48% Amp 10 ml  
08 015 IOHEXOL Sol.Inj fl 15 ml I = 180mg/ml  
08 016 IOHEXOLSol.Inj fl 50 ml I = 240 mg/ml  
08 017 IOHEXOL Sol.Inj fl 50 ml I = 300 mg/ml  
08 018 IOHEXOL Sol.Inj fl 50 ml I = 350 mg/ml  
08 019 IOPAMIDOL Sol.Inj fl 10 ml I =200 mg/ml  
08 020 IOPAMIDOLSol.Inj fl 50 ml I = 300 mg/ml  
08 021 IOPAMIDOL Sol.Inj fl 50 ml I = 370 mg/ml  
08 022 IOPYDOL/IOPYDINE Sol.Inj.Aqu.Crist.fl 20 ml I = 50%  
08 023 IOXAGLATE DE SOD.MEGLUMINE Sol.Inj I = 160 mg/ml  
08 024 IOXAGLATE DE SOD.MEGLUMINE Sol.Inj I = 200 mg/ml  
08 025 IOXAGLATE DE SOD.MEGLUMINE Sol.Inj I += 320 mg/ml  
08 026 IOXYTALAMATE DE MEGLUMINE Sol.Inj fl 20 ml I = 250 mg/ml  
08 027 IOXYTALAMATE DE SODIUM 120 MG /ML FL 20 ML  
08 028 IOXYTALAMATE DE SOD.MEGLUMINE Sol.Inj fl 20 ml I = 380 mg/ml  
08 029 IOXYTALAMATE DE SOD.MEGLUMINE Sol.Inj fl 60 ml I = 380 mg/ml



08 031 IOXYTALAMATE DE SOD.MEGLUMINE Sol.Inj fl 30 ml l = 300 mg/ml  
08 032 IOXYTALAMATE DE SOD.MEGLUMINE Sol.Inj fl 100 ml l = 300 mg/ml

#### 08 D DIVERS

08 033 ANTIGENE HYDATIQUE PURIFIE  
08 034 DIPYRIDAMOLE Sol.Inj IV 10 mg / 2 ml  
08 035 GEL POUR ECHOGRAPHIE

#### 09 ENDOCRINOLOGIE ET HORMONES

##### 09 H GLUCO – CORTICOIDES

09 021 DEXAMETHASONE Sol.Inj 4 mg  
09 022 DEXAMETHASONE Sol.Inj 20 mg  
09 025 HIDROCORTISONE HEMISUCCINATE Sol.Inj 25 mg  
09 026 HYDROCORTISONE HEMISUCCINATE Sol.Inj 100 mg  
09 027 HYDROCORTISONE HEMISUCCINATE Sol.Inj 500 mg  
09 029 METHYLPREDNISOLONE Sol.Inj 20 mg  
09 030 METHYLPREDNISOLONE 40 mg  
09 031 METHYLPREDNISOLONE Sol.Inj 120 mg  
09 032 METHYLPREDNISOLONE Sol.Inj 500 mg

#### 10 GASTRO – ENTEROLOGIE

##### 10 A ANTI – ULCEREUX H 2

10 002 RANTIDINE Sol.Inj 50 mg  
10 D ANTISPASMODIQUES – ANTISECRETOIRES – ANTICHOLINERGIQUES

10 022 ATROPINE PURE Sol.INJ 0.25 MG/ML  
10 023 ATROPINE PURE Sol.INJ 1 MG/ML  
10 024 N-BUTHYLYOSCINE BROMURE Sol.INJ 20 MG  
10 027 PITOFENONE/FENPRIVINIUM/NORAMIDOPYRINE Sol.INJ 2.5/10/0.1 G/mg/ml  
10 033 TIEMONIUM METHYLSULFATE/NORAMIDOPYRINE SOL.Inj.10/2mg/g/5 ml

##### 10 E ANTISPASMODIQUES MUSCULTROPES

10 038 PHLOROGLUCINOL Sol.INJ 10 MG / ML

##### 10 E MEDICAMENTS DE LA MOTRICITE DIGESTIVE

10 042 METOCLOPRAMIDE Sol.INJ 10 MG

#### 11 GYNECOLOGIE

##### 11 C ULTERTONIQUES

11 011 METHYLERGOMETRINE Sol.INJ 0.2 MG / ML

##### 11 E OCYTOCIQUES

11 019 OXYTOCINE Sol.INJ 5 UI  
11 020 SPARTEINE Sol.INJ 5%  
11 021 SPARTEINE Sol.INJ 10%

#### 12 HEMATOLOGIE ET HEMOSTATE

##### 12 A ANTICOAGULANTS ORAUX

12 001 ACENOCOUMAROL Comp.4 mg  
12 002 BISCOUMACETATE D'ETHYLE Comp. 300 mg

##### 12 B ANTICOAGULANTS INJECTABLES

12 004 HEPARINATE DE CALCIUM Sol.Inj SC 25.000 UI/ml amp 0.2 ml  
12 005 HEPARINATE DE CALCIUM Sol.Inj SC 25.000 UI/ml amp 0.3 ml  
12 006 HEPARINATE DE CALCIUM Sol.Inj IV 10.000 UI/2 ml amp 2 ml  
12 007 HEPARINE SODIQUE Sol.Inj IV 25.000 UI/5 ml  
12 008 HEPARINE A BAS POIDS MOLECULAIRE Sol.Inj 0.2 et 0.3 ml  
12 009 HEPARINE A BAS POIDS MOLECULAIRE Sol.Inj 0.4 et 0.6 ml  
12 010 HEPARINE A BAS POIDS MOLECULAIRE Sol.Inj 0.8 et 1 ml

##### 12 F THROMBOLYTIQUES

10 032 STREPTOKINASE Sol.Inj 250.000 UI  
12 033 STREPTOKINASE Sol.Inj 750.000 UI

##### 12 J FACTEURS SANGUINS

12 042 ALBUMINE HUMAINE Sol.Inj IV 20%  
 12 043 DEXTRAN Sol.Inj IV 9 à 11%  
 12 044 FACTEUR ANTI – HEMOPHILIQUE VIII Inj 500 UI  
 12 045 FACTEUR ANTI – HEMOPHILIQUE IX Inj 500 UI  
 12 046 FIBRINOGENE Sol.Inj 1 g / 100 ml  
 12 047 GELATINE MODIFIEE Sol.Inj 30 g / l  
 12 048 GELATINE MODIFIEE DESODEE GLUCOSEE Sol.Inj 25/50 g/l  
 12 049 IMMUNOGLOBULINES HUMAINES SPECIF ANTI – D Inj 250 mg / ml  
 12 051 P.P.S.B (FACTEURS SANGUINS ASSOCIES) Sol.Inj fl 10/20 ml

### 13 INFECTIOLOGIE

#### 13 A AMINOSIDES

13 001 AMIKACINE Pdre Sol.Inj 250 mg  
 13 002 AMIKACINE Pdre Sol.Inj 500 mg  
 13 003 GENTAMYCINE Sol.Inj 10 mg  
 13 004 GENTAMYCINE Sol.Inj 40 mg  
 13 005 GENTAMYCINE Sol.Inj 80 mg

#### 13 B CEPHALOSPORINES

13 012 CEFAZOLINE Pdre Sol.Inj IV 1 G  
 13 013 CEFAZOLINE Pdre Sol.Inj IM 1 G  
 13 014 CEFOTAXIME Pdre Sol.Inj IV 1 G  
 13 015 CEFOTAXINE Pdre Sol.Inj IV 500 mg  
 13 018 CEFTRIAXONE Pdre Sol.Inj IV 250 mg  
 13 019 CEFTRIAXONE Pdre Sol.Inj IV 1 g

#### 13 NITRO – IMIDAZOLES

13 038 METRONIDAZOLES Sol.Inj 500 mg

#### 13 G PENICILLINES

13 042 AMOXICILLINE Pdre Sol.Inj 500 mg  
 13 043 AMOXICILLINE Pdre Sol.Inj 1 g  
 13 052 AMPICILLINE Pdre Sol.Inj 250 mg  
 13 053 AMPICILLINE Pdre Sol.Inj 500 mg  
 13 054 AMPICILLINE Pdre Sol.Inj 1 g  
 13 063 BENZYL PENICILLINE Pdre Sol.Inj 1.000.000 UI  
 13 067 OXACILLINE Pdre Sol.Inj 250 mg  
 13 068 OXACILLINE Pdre Sol.Inj 500 mg  
 13 069 OXACILLINE Pdre Sol.Inj 1 g

#### 13 H PHENICOLES

13 077 CHLORAMPHENICOL Sol.Inj IV 250 mg / 3 ml  
 13 078 CHLORAMPHENICOL Sol.Inj IV 500 mg  
 13 079 CHLORAMPHENICOL Sol.Inj 1 g

#### 13 J POLYMYXINES

13 084 COLISTINE Pdre Sol.Inj 500.000 UI  
 13 085 COLISTINE Pdre Sol.Inj 1.000.000 UI

#### 13 R ANTI – FONGIQUES SYSTEMIQUES

13 105 AMPHOTERICINE B Sol.Inj 50 mg

#### 13 T ANTI – TUBERCULEUX

13 117 CYCLOSERINE Comp 150 mg  
 13 118 CYCLOSERINE Comp 300 mg  
 13 119 ETHAMBUTOL Comp 250 à 500 mg  
 13 120 ETHIONAMIDE Comp 250 mg  
 13 121 ISONIAZIDE Sol.Inj 500 mg  
 13 122 ISONIAZIDE Comp 100 mg  
 13 123 ISONIAZIDE Comp 300 mg  
 13 124 KANAMYCINE Sol.Inj 1 g  
 13 125 PYRAZINAMIDE Comp 500 mg  
 13 126 RIFAMPICINE Gles 150 mg  
 13 127 RIFAMPICINE Gles 300 mg  
 13 128 RIFAMPICINE Susp.buv 100 mg / 5 ml  
 13 129 RIFAMPICINE / ISONIAZIDE Comp 150/100 mg  
 13 130 RIFAMPICINE / ISONIAZIDE Comp.300/150 mg

13 131 RIFAMPICINE / ISONIAZIDE /PYRAZINAMIDE Comp 120/50/300 mg  
 13 132 STREPTOMYCINE Pdre Sol.Inj 0.5 g  
 13 133 STREPTOMYCINE Pdre Sol.Inj 1 g  
 13 U VACCINS

13 134 VACCIN ANTI – AMARIL Amp Inj 0.5 ml / dose  
 13 135 VACCIN ANTI – GRIPPAL Amp Inj 0.5 ml / dose  
 13 137 VACCIN ANTI MENINGOCOCCIQUE POLYOSIDES A+C Amp Inj 0.5 ml/dose  
 13 138 VACCIN ANTI – POLIOMYELITIQUE ORAL fl 0.5 ml / dose  
 13 139 VACCIN ANTI – RABIQUE PREPARE SUR CELLULES VERO Amp Inj 0.5 ml/dose  
 13 140 VACCIN ANTI – ROUGEOLEUX Amp Inj 0.5 ml/dose  
 13 141 VACCIN ANTI – TETANIQUE Inj 0.1 ml /dose  
 13 142 VACCIN BCG Inj ID 0.5 ml/dose  
 13 143 VACCIN CCB Vaccin  
 13 144 VACCIN DT adulte et enfant Inj 0.5 ml /dose  
 13 145 VACCIN D T C Inj 0.5 ML /DOSE  
 13 146 VACCIN PNEUMOCOCCIQUE POLYVALENT Inj SC ou IM

13 V SERUMS ET GAMMA GLOBULINES

13 147 ANTITOXINE DIPHTERIQUES Amp 10 ml  
 13 148 GAMMA GLOBULINES POLYVALENTES Amp 2 ml  
 13 149 GAMMA GLOBULINES POLYVALENTES Amp 4 ml  
 13 150 SERUM ANTIBOTULIQUE Inj 0.1 ml  
 13 151 SERUM ANTITETANIQUE Sol.Inj 1500 UI  
 13 152 SERUM ANTIRABIQUE HYPERIMMUN Amp 10 ml  
 13 153 SERUM ANTIVENIMEUX (ANTIVIPERIN ANTISCORPIONIQUE) amp 10ml

METABOLISME NUTRITION DIABETE

14 A ANTIDIABETIQUES ORAUX

14 002 GLIBENCLAMIDE Comp 2.5 mg  
 14 003 GLIBENCLAMIDE Comp 5 mg  
 14 006 METFORMINE CHLORHYDRATE Comp 500 mg  
 14 007 METFORMINE CHLORHYDRATE Comp 850 mg  
 14 008 METFRMINE EMBONATE Comp 700 mg

14 B INSULINES

14 009 INSULINE CRISTALLINE DE PORC 40 UI/ml fl 10 ml  
 14 011 INSULINE CRISTALLINE BŒUF ET PORC Sol. Inj .40 UI/ml fl. 10 ml  
 14 012 INSULINE PURIFIEE ISOPHANE Sol.Inj 40 UI/ml fl 10 ml  
 14 014 INSULINE PROTAMINE ZINC Sol . Inj 40 UI/ml fl. 10 ml  
 14 015 INSULINE CRISTALLINE DE BŒUF / ZINC

14 C HYPERGLYCEMIANTS

14 021 GLUCAGON Sol.Inj 1 mg

14 D ANTI HYPERKALIEMIANTS

14 022 POLYSTIRENE SULFONATE DE SODIUM Pdre

14 G ELEMENTS MINERAUX ET EQUILIBRE HYDROELECTROLYTIQUE

14 026 CALCIUM BROMOGALACTOGLUCONATE Sol.Inj 124 mg/ml  
 14 028 CALCIUM CHLORURE Sol.Inj IV 10%  
 14 030 CALCIUM GLUCONATE Sol.Inj 10% Amp 5 ml  
 14 031 CALCIUM GLUCONATE Sol.Inj 10% Amp 10 ml  
 14 033 CALCIUM GLUBIONATE Sol.Inj 0.6875 g/ 5 ml  
 14 034 CALCIUM GLUBIONATE Sol.Inj 1.375 g /10 ml  
 14 036 CALCIUM PHOSPHATE Sol.Inj 20 ml  
 14 043 GLUCOSE Sol.Inj 2.5%  
 14 044 GLUCOSE ISO Sol..Inj 5% fl 500 ml  
 14 045 GLUCOSE ISO Sol.Inj 5% fl 1  
 14 046 GLUCOSE HYPER Sol.Inj 10 % fl 1 l  
 14 047 GLUCOSE HYPER Sol.Inj 10% fl 1l  
 14 048 GLUCOSE HYPER Sol.Inj 15 % fl 500 ml  
 14 050 GLUCOSE HYPER Sol.Inj 30 % fl 500 ml  
 14 055 MAGNESIUM SULFATE Sol.Inj 15%  
 14 058 POTASSIUM CHLORURE Sol.Inj 10% Amp 10ml  
 14 059 POTASSIUM CHLORURE Sol.Inj 10% Amp 20 ml  
 14 060 POTASSIUM GLUCONATE Sol.Inj 5 à 10%  
 14 062 POTASSIUM LACTATE Sol.Inj 1 mg / ml  
 14 063 POTASSIUM PHOSPHATE Sol.Inj  
 14 064 SELS DE RHYDRATATION Sol.Inj fl 250/500 ml  
 14 065 SELS DE RHYDRATATION Sol.Inj Pdre Orale .Sac  
 14 066 SOLUTION DE RINGER LACTATE Inj 500 ml  
 14 067 SOLUTION DE RINGER LACTATE Sol.Inj 1000ml

14 068 SODIUM BICARBONATE Sol.Inj 1.4% fl 250 ml  
 14 069 SODIUM BICARBONATE Sol.Inj 1.4% fl 500ml  
 14 070 SODIUM BICARBONATE Sol.Inj 4.2% Amp 10 ml  
 14 071 SODIUM BICARBONATE Sol.Inj 4.2% fl 250 ml  
 14 072 SODIUM BICARBONATE Sol.Inj 8.4% Amp 10 ml  
 14 073 SODIUM BICARBONATE Sol.Inj 8.4% Amp 20 ml  
 14 074 SODIUM BICARBONATE Sol.Inj 8.4% fl 250ml  
 14 075 SODIUM CHLORURE Sol.Inj. 0.9% Amp/5ml  
 14 076 SODIUM CHLORURE Sol.Inj 0.9% Amp 10 ml  
 14 077 SODIUM CHLORURE Sol.Inj 0.9% 250 ml  
 14 078 SODIUM CHLORURE Sol.Inj 0.9% fl 500 ml  
 14 079 SODIUM CHLORURE Sol.Inj 0.9% poche 1 l  
 14 080 SODIUM CHLORURE Sol.Inj 10%Amp 10 ml  
 14 081 SODIUM CHLORURE Sol.Inj 10% Amp 20 ml  
 14 082 SODIUM CHLORURE Sol.Inj 7.5% fl 250 ml  
 14 083 SODIUM LACTATE (SOLUTION MOLLAIRE) Sol.Inj 11.2% fl 400 ml  
 14 084 THAM Sol.Inj IV 3.66% 250ml

#### 14 K ALIMENTATION PARENTALE

14 118 ACIDES AMINES Sol.Inj N=6.5-7 g/l fl 500ml  
 14 119 ACIDES AMINES Sol.Inj N=9 g/l fl 500 ml  
 14 120 ACIDES AMINES Sol.Inj N=12.5 g/l fl 500 ml  
 14 122 ACIDES AMINES /LIPIDES /GLUCIDES Sol.Inj N=8.77g/l fl 500ml  
 14 123 HUILE DE SOJA/LECITHINE D'ŒUFS (EMULS) Sol.Inj 10% fl 500ml  
 14 124 HUILE DE SOJA/LECITHINE D'ŒUFS (EMULS) Sol .In 20% fl 500 ml

#### NEUROLOGIE

##### ANTI – EPILEPTIQUES ET ANTI – CONSULSIVANTS

15 001 ACIDE VALPROIQUE Comp .220 mg  
 15 002 ACIDE VALPROIQUE Comp .500 mg  
 15 003 ACIDE VALPROIQUE Sol.Buv 200 mg/ml  
 15 004 CARBAMAZEPINE Comp 200mg  
 15 006 CARBAMAZEPINE Sol.Buv 2%  
 15 007 CLONAZEPAM Sol .Inj 0.5 mg/ml  
 15 008 CLONAZEPAM Comp 2 mg  
 15 009 CLONAZEPAM Sol.Buv Gles 0.25%  
 15 012 PHENOBARBITAL Pdre Sol .Inj 40 mg  
 15 013 PHENOBARBITAL Comp 50 mg  
 15 014 PHENOBARBITAL Comp 100 mg  
 15 015 PHENYTOINE Sol.inj 250 mg

LE MINISTRE

**INSTRUCTION N° 004 MSP/MIN DU 29 Septembre 1996 relative aux conditions d'élaboration et de mise en place de nomenclatures des produits pharmaceutiques dans les services et établissements publics de santé**

**DESTINATAIRES :**

- Messieurs les Walis
  - Messieurs les D.S.P.S
  - Aux E.H.S et Secteurs Sanitaires
  - Mesdames et Messieurs les D.G des CHU
- P/Information  
P/Suivi et diffusion  
P/Exécution  
P/Exécution

**OBJET :** Elaboration et mise en place des nomenclatures par services et par établissements Publics de santé.

**PIECE JOINTE :** Canevas

La présente instruction a pour objet d'instaurer des procédures et méthodes à l'effet de rationaliser la demande en produits pharmaceutiques par la mise en place de nomenclature adaptée à chaque établissement public de santé.

Les besoins, des structures et des établissements étant différenciés, compte tenu notamment des spécialités, du potentiel scientifique et technique, les directeurs des établissements de santé et les pharmaciens responsables de la pharmacie de l'établissement sont tenus conjointement de veiller à la mise en place après validation des nomenclatures.

par service  
par structure (polyclinique, centre de santé, salle de soins)  
et par voie de conséquence à une nomenclature spécifique de l'établissement.

**NOMENCLATURE PAR SERVICE**

Chaque praticien chef service est tenu d'élaborer une proposition de nomenclature de médicaments nécessaires pour la prise en charge des praticiens hospitalisés relevant de la spécialité du service.

Cette nomenclature doit comprendre :

les médicaments d'usage courant

les médicaments spécifiques à la spécialité du service

Cette proposition de nomenclature doit être soumise à l'approbation du Conseil Médical pour les secteurs sanitaires et établissements hospitaliers spécialisés et du conseil scientifique pour les centres hospitalo-universitaires.

Le conseil médical et le conseil scientifique doivent veiller à la cohérence globale des nomenclatures des différents services par la détermination notamment :

des médicaments d'usage courant

des médicaments spécifiques aux pathologies traitées par le service.

En tant que de besoin, un service pourra disposer de médicaments non inscrits dans sa nomenclature sur la base d'une prescription nominative adressée au pharmacien responsable de l'établissement.

Cette procédure au demeurant exceptionnelle est destinée à répondre à des cas de figure de malade hospitalisé relevant simultanément deux ou plusieurs pathologies.

**NOMENCLATURE PAR STRUCTURE**

Concernant la nomenclature des maternités rurales, des maternités urbaines, des salles de soins, des centres de protection maternelle et infantile, des centres de santé, des cliniques spécialisées, des SEMEP, des structures de contrôle sanitaire aux frontières et des polycliniques, les responsables de ces structures doivent élaborer, en liaison avec les personnels médicaux et paramédicaux placés sous leur autorité, une proposition de nomenclature adaptée à leur activités.

Cette proposition doit être soumise à l'approbation du conseil médical de l'établissement dont ils relèvent.

**III- NOMENCLATURE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

La nomenclature de l'établissement est constituée de l'ensemble des médicaments utilisés par les différents services et structures.

La nomenclature de chaque établissement public de santé doit faire l'objet d'une approbation par le conseil médical ou le conseil scientifique, lors de séance extraordinaire programmée à cet effet par le Directeur de l'établissement, en relation avec le pharmacien responsable.

Toutefois la nomenclature de chaque établissement ne peut être mise en place qu'après validation dans les conditions définies ci-dessous.

**IV- CONDITIONS DE VALIDATION DE MISE EN ŒUVRE DES NOMENCLATURES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

IV.1. Les nomenclatures des établissements publics de santé, sont soumises à l'examen préalable du comité du médicament de Wilaya qui siègera sous l'autorité du Directeur de la santé et de la protection sociale.

IV.2. Les propositions de nomenclatures des établissements publics, sont transmises, après avis motivé du comité du médicament de Wilaya, par le directeur de la santé et de la protection sociale, au ministère de la santé et de la population Direction de la pharmacie et du Médicaments.

A cet effet, un comité AD HOC est mis en place auprès du Directeur de la pharmacie et du Médicament, pour validation des propositions de nomenclatures.

Dès formalisation de la validation, une notification est adressée respectivement au Directeur Général de la pharmacie Centrale des Hôpitaux, au Directeur de la Santé et de la protection Sociale et au directeur de l'établissement Public de Santé.

Les propositions doivent parvenir, sous le timbre de Messieurs les Directeurs de la santé et de la protection sociale, au plus tard le 16 Octobre 1996, délai de rigueur.

Messieurs les Directeurs des établissements publics de santé sont chargés de l'exécution des dispositions de la présente instruction.

LE MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA POPULATION

Y. GUIDOUM

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

LE MINISTRE

**INSTRUCTION N° 02 MSP/MIN du 6 Octobre 1997 complétant l'instruction n° 003/MSP/MIN du  
29 Septembre 1996 fixant les modalités d'approvisionnement et de distribution des  
médicaments dans les établissements publics de santé**

DESTINATAIRES

Monsieur le Ministre Gouvernement du Grand Alger	Pour Information
Messieurs les Walis	Pour Information
Messieurs les D.S.P.S	Pour Suivi et Diffusion
Mesdames et Messieurs Les D.G des CHU	Pour exécution
Messieurs les Directeurs des E.H.S	Pour exécution
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires	Pour exécution.

En vue de permettre aux malades mentaux atteints d'une affection chronique de bénéficier des psychotropes essentiels, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance que l'instruction sus visée, est complétée comme suit :

VI.1- Produits des programmes nationaux de santé :

Le principe réside dans la distribution des médicaments exclusivement aux malades hospitalisés. Cette distribution concerne aussi les usagers relevant des programmes nationaux de santé ainsi que ceux atteints d'une affection psychiatrique chronique invalidante.

VI.2- Médicaments à usage strictement hospitalier :

Les malades hospitalisés déclarés « sortants » et qui doivent poursuivre leur traitement , à titre ambulatoires , continuent de bénéficier de la couverture thérapeutique prodiguée par l'établissement hospitalier d'origine , pour les médicaments à usage strictement hospitalier , non vendus dans les officines et les psychotropes essentiels suivants :

HALOPERIDIL : Gouttes buvables 2 mg/ml Sol. Inj 5mg/ml. Comp 1mg et Comp 5mg.  
FLUPHENAZINE DECANOATE RETARD : Sol .Inj .25mg/ml  
PIPOTIAZINE RETARD : Sol. Inj. 25mg/ml  
PIPOTIAZINE : Comp. 10 mg  
CHLORPROMAZINE : Sol. Inj 25 mg ml ; Comp .100mg ; Gouttes Buv. 4%  
THIORIDAZIE : Comp. 10mg ; Comp. 50mg et 100 mg ; Gouttes Buv. 4%  
LEVOMEPRMAZIE : Comp. 25mg et Comp. 100mg ; goutte BUV. 4 % ; Sol Inj 25mg  
CLOMIPRAMIDE : Sol.Inj 25mg/2ml ; Comp.25 et Comp. 75mg  
AMITRYPTILLINE : Comp 25mg ; Gouttes Buv 4%  
LORAZEPAM : Comp. 2,5mg  
TRIHENXYPHENIDYLE LP : Gles 2mg et Gles 5mg  
PHENOBARBITAL : Comp .100mg  
CARBAMAZEPINE : Comp .200mg

Vous voudrez bien veiller à la stricte application des dispositions de la présente instruction.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA PHARMACIE  
ET DU MEDICAMENT

**INSTRUCTION N° 1348 DU 29 JUIN 1998**

Monsieur le Directeur de la Prévention de la Santé  
et de la Population du Gouvernorat du Grand Alger.  
Messieurs les Directeurs de la Santé et de la population de Wilaya (Tous)

**Objet : Approvisionnement en produits pharmaceutiques.**

Dans le cadre d'une meilleure régulation du marché des produits pharmaceutiques, j'ai l'honneur de vous demander d'instruire les directeurs des CHU des EHS et des secteurs sanitaires de la wilaya qu'ils doivent observer les instructions suivantes en matière d'approvisionnement et de gestion des produits pharmaceutiques

Les commandes adressées a la pharmacie centrale des hôpitaux (PCH) doivent être revêtues du visa du pharmacien et du président du conseil scientifique ou médical et être signées par le directeur de l'établissement.

2. Avant toute opération d'approvisionnement auprès des fournisseurs autres que la PCH l'obtention du visa préalable de cette dernière entreprise est obligatoire.
3. Pour permettre une réduction de la facture des produits pharmaceutiques les pharmaciens des établissements publics de santé doivent lancer immédiatement les préparations officinales au niveau de la pharmacie.
4. Transmettre a la PCH les besoins prévisionnels chiffrés pour l'année 1999 en produits pharmaceutiques des établissements publics de santé de la wilaya avant le 31 juillet 1998.  
Les prix de référence sont ceux qui figurent sur le catalogue de la PCH.
5. Transmettre sous quinzaine a la direction de la pharmacie et du médicament une copie des bons de commandes de produits pharmaceutiques passées auprès de fournisseurs autres que la PCH du 1<sup>er</sup> janvier 1998 a ce jour par les établissements publics de santé.

Le Sous Directeur des Affaires Administratives et Juridiques  
**Signé C. BENFENATI**



DIRECTION DE LA PHARMACIE  
ET DU MEDICAMENT

SOUS – DIRECTION DES AFFAIRES  
ADMINISTRATIVES ET JURIDIQUES  
N° 1674

***CIRCULAIRE N° 08 DU 21 SEP 1998 Relative à la mise à la disposition des malades et du corps médical de certains nouveaux médicaments n'ayant pas encore obtenu de décision d'enregistrement***

Destinataires :

-Monsieur le ministre délégué :  
Messieurs les Wali « pour information »  
Messieurs les directeurs de la santé et de la population  
« pour application et notification aux établissements sous tutelle »  
Messieurs les pharmaciens hospitaliers « pour exécution »

J'ai l'honneur de vous informer que le ministre de la santé et de la population direction de la pharmacie et du médicament a décidé de mettre en place une procédure pour permettre dans des conditions bien définies, la mise à disposition des malades et du corps médical de nouveaux médicaments n'ayant pas encore obtenu de décision d'enregistrement mais présentant un intérêt exceptionnel pour le traitement de maladies particulièrement graves .

Cette procédure est appliquée aux médicaments qui :  
sont destinés à traiter une maladie grave ;  
ne peuvent être remplacés par un autre traitement  
font l'objet d'une demande d'enregistrement  
présentent des preuves suffisantes d'efficacité et de sécurité pour permettre une utilisation en milieu hospitalier.

Il est opportun de mettre les médicaments à la disposition des malades n'entrant pas dans le cadre des essais normalement prévus pour la constitution du dossier d'enregistrement  
Dans pareil cas la prescription du médicament devra respecter un protocole soumis à la commission nationale de nomenclature des produits pharmaceutiques et approuvé par la direction de la pharmacie et du médicament.  
Ce protocole sera porté à la connaissance des médecins prescripteurs par le laboratoire.  
Les médecins prescripteurs doivent impérativement appliquer ce protocole qui précisera :  
la ou les indications retenues ;  
les critères d'inclusion et d'exclusion dont le respect doit s'imposer d'une manière stricte.

L'utilisation du médicament dans ces cas constituera une forme d'expérimentation devant permettre le recueil d'observation en vue de compléter le dossier de demande d'enregistrement.

Le laboratoire est considéré comme le promoteur d'une recherche biomédicale .De même les médecins prescripteurs seront considérés comme des investigateurs.

L'utilisation du médicament ainsi défini ne doit pas remettre en cause la poursuite des essais déjà décelés ou la mise en place de nouveaux essais réalisés dans les conditions habituelles ainsi les patients inclus dans l'un de ces essais ne relèvent pas de la présente procédure.

Pour chaque malade concerné l'investigateur devra remplir un cahier de recueil d'observation qui permettra de compléter le dossier de demande d'enregistrement le laboratoire s'engage en parallèle à cette procédure à poursuivre activement les essais nécessaires à l'octroi d'une décision d'enregistrement.

Sauf indication contraire, la période d'utilisation d'un médicament ne saura excéder une année.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA PHARMACIE  
ET DU MEDICAMENT

SOUS DIRECTION DES AFFAIRES  
ADMINISTRATIVES ET JURIDIQUES  
N°1691

**CIRCULAIRE N° 009 DU 23 SEPTEMBRE 1998**

Monsieur le Ministre délégué  
Messieurs les WALI  
\*POUR INFORMATION\*

Monsieur le directeur de la prévention de la santé et de la population du Gouvernement du grand ALGER  
Messieurs les directeurs de la santé et de la population « tous »  
« Pour application et diffusion à l'ensemble des praticiens »

**OBJET : Importation de médicaments destinés aux particuliers**

Certains praticiens sont parfois amenés à prescrire à des malades des médicaments hors nomenclature .Cette attitude exceptionnelle qui obligeait le malade à recourir à l'importation de médicaments par ses propres moyens ne doit être utilisée que lorsque le praticien est confronté à un cas de maladie rare ou lorsqu'il s'agit de produits nouveaux ou en cours d'enregistrement liés à des maladies graves.

Pour éviter des désagréments aux malades, la direction de la pharmacie et du médicament met en place une procédure qui permet l'importation de ce type de médicaments aux particuliers.

Le médecin prescripteur délivre au malade, outre l'ordonnance, une attestation médicale dont le modèle est joint en annexe de la présente circulaire et l'adresse à la direction de la pharmacie et du médicament, qui n'accorde d'autorisation d'importation de ce médicament qu'après un examen approfondi de la demande.

(Annexe de la circulaire n° 009 du 23 septembre 1998)

**ATTESTATION MEDICALE**

Je soussigné : .....

Docteur en médecine exerçant : .....

Déclare prendre sous mon entière responsabilité le traitement appliqué à :

M .....

Demeurant (ou hospitalisé) à : .....

En utilisant le produit dénommé : .....

Bien qu' il ne soit pas inscrit à la nomenclature nationale des médicaments .

Formule du produit : .....

Date, Cachet et Signature du médecin.

**INSTRUCTION N° 11 DU 11 MAI 2002**

Dans un souci de rationalisation des moyens, de normalisation et d'une meilleure répartition tant à l'échelle nationale que régionale, l'acquisition d'équipements et matériels médicaux, est soumise à une nouvelle procédure.

Cette procédure constitue une première étape pour l'élaboration des plans annuels d'équipements tenant compte des contraintes financières et des moyens humains qualifiés afin d'établir des priorités en adéquation avec les activités. Elle permettra également d'actualiser le fichier national tenu au niveau de l'administration centrale.

A cet effet, toute opération d'acquisition sur budget de fonctionnement ou d'équipement devra faire l'objet d'un visa préalable du Ministère de la Santé et de la population.

Les demandes d'acquisitions revêtues de l'avis du Directeur de la Santé et de la Population de Wilaya en ce qui concerne les secteurs sanitaires et établissements hospitalisés devront être adressées en double exemplaire à la Direction des Services de Santé, selon le canevas joint en annexe.

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**DEMANDE D'ACQUISITION D'EQUIPEMENT OU MATERIEL MEDICAL**

**AFFECTATION DE L'EQUIPEMENT OU DU MATERIEL MEDICAL**

Etablissement demandeur  
Lieu d'affectation (structure ou service)

**DESIGNATION DE L'EQUIPEMENT OU MATERIEL MEDICAL**

Quantité  
Prix unitaire T.T.C en Dinars  
Montant global  
Fournisseur  
N° d'agrément du fournisseur délivré par le MSP

**SPECIFICATIONS TECHNIQUES ET D'EXPLOITATION**

L'équipement nécessite t-il l'utilisation de réactifs consommables

OUI	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

Montant annuel de ces besoins

<input type="text"/>
----------------------

Ce montant est il prévu dans le budget de l'année de mise en exploitation

OUI	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

La maintenance sera t-elle assurée

OUI	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

S'agit il d'une première acquisition de ce type d'équipement

OUI	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

S'agit il d'un remplacement d'un équipement hors usage

OUI	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

S'agit il d'un complément d'équipement

OUI	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

NON	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

SECRETARIAT GENERAL  
N° 08 / MSP/ SG

**INSTRUCTION N° 08 DU 13 MAI 2000 ABROGEANT LES DISPOSITIONS DE L'INSTRUCTION  
N° 13 DU 08 AOUT 1999 RELATIVES A L'AUTORISATION D'APPROVISIONNEMENT DES  
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE EN PRODUITS PHARMACEUTIQUES AUPRES DES  
OPERATEURS PRIVES ET PUBLICS.**

DESTINATAIRES :

- Messieurs les Directeurs de la santé et de la population  
(Pour suivi et diffusion)
- Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires  
(Pour exécution)
- Messieurs les Directeurs Généraux de la pharmacie centrale des hôpitaux, du laboratoire National du Contrôle des produits pharmaceutiques et de l'institut National de Santé publique (pour information).

Les dispositions contenues dans l'instruction N° 13 DU 08 août 1999 portant autorisation aux établissements publics de santé de s'approvisionner en produits pharmaceutiques auprès des opérateurs privés et publics pour une période de trois (03) mois sont abrogées.

***Circulaire n°019 du 19 juillet 1997 relative à la manipulation des médicaments  
anticancéreux en milieux hospitalier***

Destinataires :

Messieurs les walis : pour information

Messieurs les DSPS : pour suivi

Messieurs les DG CHU - EHS : pour exécution

La mise en application des pratiques de bonne dispensation des médicaments en milieu hospitalier appelle la dispensation du médicament sous forme unitaire et individuelle en insistant sur la nécessité de mettre en place parallèlement un système d'assurance de qualité.

Cependant il apparaît que la manipulation des produits toxiques et notamment les médicaments anticancéreux dans les services hospitaliers, n'est pas toujours exécutée dans des conditions offrant le maximum de sécurité pour le personnel.

Des arguments existent pour dire que ces opérations constituent des risques aux utilisateurs.

C'est la raison pour laquelle, il est désormais nécessaire, dans le cadre des bonnes pratiques de dispensation de préciser les points suivants :

- des précautions minimales pour la préparation et l'administration devront être prises ;
- des locaux spécifiques avec toute garantie de sécurité seront réservés à la manipulation des produits anticancéreux ;
- le matériel utilisé devra répondre à l'usage auquel il est destiné, et le cas échéant, faire l'objet d'une qualification ;
- un équipement composé de : Lunettes, masque à usage unique, blouse à manches longues sera mis à la disposition des manipulateurs ;
- l'élimination des déchets et matériels contaminés fera l'objet d'un circuit spécifique et de précautions particulières ;
- des procédures organisant et définissant ces manipulations devront être édictées en collaboration avec les personnes concernées en particulier le pharmacien hospitalier et affichées dans les locaux.

Ces recommandations sont à moduler en fonction de l'activité cancérologique de l'établissement.

J'attache du prix, pour que chacun, dans le domaine de ses responsabilités, applique et fasse suivre ces recommandations dans l'intérêt de la sécurité du personnel.

Le Directeur de la Pharmacie et du Médicament

**Arrêté du 23 Août 1999 fixant le registre spécial relatif à la comptabilité des stupéfiants**

Le Ministre de la Santé et de la Population,

Vu la loi n°85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée;

Vu le décret présidentiel n°98-428 du Aouel Ramadan 1419 correspondant au 19 Décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n°92-284 du 06 Juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques;

Vu le décret exécutif n°92-285 du 06 Juillet 1992 relatif à l'autorisation d'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques, modifié et complété;

Vu le décret exécutif n°93-153 du 28 Juin 1993 portant création du bulletin officiel du ministère de la santé et de la population;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadan 1416 correspondant au 27 Janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population;

**ARRETE :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de fixer le registre spécial pour la comptabilité des stupéfiants dénommé ci-après l'ordonnancier tels que fixé en annexe du présent arrêté.

**Article 2** : Les personnes autorisées à détenir des stupéfiants, citées à l'article 3 ci-dessous doivent obligatoirement tenir un ordonnancier.

**Article 3** : Les personnes autorisées à détenir des stupéfiants sont :

le pharmacien titulaire d'une officine;

le pharmacien responsable de la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de soins;

le pharmacien responsable de l'établissement de fabrication et /ou de vente en gros de produits pharmaceutiques;

le médecin;

le vétérinaire.

**Article 4** L'ordonnancier est le registre sur lequel doit être inscrit par les personnes autorisées cités à l'article 3 ci-dessus, chaque opération d'entrée ou de sortie de stupéfiants.

L'inscription des entrées se fait dès réception, elle comporte pour chaque stupéfiant un numéro d'ordre, la date, les quantités, la désignation des produits, le nom et l'adresse du fournisseur.

L'inscription des sorties se fait mensuellement. Elle comporte :

1- Pour les préparations officinales et magistrales, la désignation et la qualité de stupéfiant utilisé;

2- Pour les spécialités pharmaceutiques, leur désignation et les quantités délivrées.

Une moyenne mensuelle des entrées et sorties est portée au registre.

Ces inscriptions sont faites sans blanc, ni rature, ni surcharge.

Chaque année, chaque titulaire d'un ordonnancier procède à l'inventaire du stock, par pesée et décomptes.

**Article 5** : L'ordonnancier doit être coté et paraphé par le président de l'assemblée populaire et communale ou le commissaire de police territorialement compétent.

**Article 6** : L'utilisation de l'ordonnancier est obligatoire pour transcrire les ordonnances prescrivant des préparations officinale ou magistrales qui renferment des substances stupéfiantes, même si ces préparations ne sont pas classées comme stupéfiants.

**Article 7** : A compter de la dernière inscription, l'ordonnancier doit être conservé dix ans pour être présenté à toute réquisition des autorités compétentes.

**Article 8** : En cas de fermeture définitive de l'officine de pharmacie, de cabinets de médecin ou de vétérinaire, l'ordonnancier est déposé à l'inspection régionale de la pharmacie.

**Article 9** : Tout pharmacien qui cède son officine procède, en présence de l'acquéreur, à l'inventaire des substances, préparations ou médicaments classés comme stupéfiants. Cet inventaire est consigné sur l'ordonnancier et contresigné par les intéressés. Le cédant remet à l'acquéreur qui lui en donne décharge, l'ordonnancier.

**Article 10** : Le présent arrêté sera publié au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Population.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

**Arrêté n° 079/MSP/ du 24 août 1996 portant création de la pharmacie principale au sein des centres hospitalo-universitaires**

Le ministre de la Santé et de la Population,

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la Santé, modifiée et complétée;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 86-25 du 11 février 1986 portant statut des centres hospitalo-universitaires, modifié et complété;

Vu le décret exécutif n° 93-153 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du ministère de la Santé et de la Population ;

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est créé au sein de chaque Centre hospitalo-universitaire (C.H.U.) une pharmacie principale.

**Article 2** : La pharmacie principale gérée par un pharmacien à pour mission :

- de réguler les stocks des produits pharmaceutiques des différentes pharmacies des unités du C.H.U.
- de procéder à la fabrication en série ou semi-industrielle de produits pharmaceutiques dans le respect des bonnes pratiques de fabrication.
- d'arrêter une nomenclature des médicaments par service et par unité du C.H.U. en collaboration avec le conseil scientifique.

**Article 3** : Le Directeur de cabinet et les Directeurs des C.H.U. sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'application du présent arrêté qui sera publié au bulletin officiel du ministère de la Santé et de la Population.

Le ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**



**Arrêté n° 097/MSP du 1er octobre 1996 fixant la liste des substances psychotropes**

Le ministre de la Santé et de la Population;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la Santé modifiée et complétée, notamment l'article 190 ;

Vu le décret n° 77-177 du 7 décembre 1977 relatif à la ratification de la convention sur les substances psychotropes faite à Vienne le 21 avril 1971 ;

Vu le décret exécutif n° 93-153 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du ministère de la Santé et de la Population;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la Santé et de la population;

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup>** : - Sont classés comme substances psychotropes les produits figurant en annexe 1 ainsi que leurs sels, lorsque l'existence de tels sels est possible.

**Article 2** : - Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du ministère de la Santé et de la Population.

Le ministre de la Santé et de la Population  
**Yahia GUIDOUM**

**ANNEXE :**  
**LISTE DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES**

**I/ Psychotropes Inclus dans le tableau III de la convention de 1971**

Les dénominations communes internationales sont en caractères gras, les désignations chimiques correspondantes sont indiquées à la suite.

**Buprénorphine :**

(N- cyclopropylméthyl hydroxy-3 méthoxy-6 epoxy 4,5 éthano- 6,14.morphinanyl- 7)- 2 diméthyl- 3, 3butanol-2

**Flunitrazepam :**

(0-fluorophényl)- Sdihydro- 1,3 méthyl- 1 nitro- 7,2 H benzodiazépine- 1,4 one -2.

**II/ Psychotropes inclus dans le tableau IV de la convention de 1971**

**Chlordiazépoxyde :**

Chloro- 7 méthylamino- 2 phényl- 5 3H benzodiazépine- 1,4 oxyde-4

**Clonazépam :**

(0-chlorophényl)- Sdihydro- 1, +3 nitro- 7 2H-benzodiazépine- 1,4 one-2

**Clorazépate :**

Acide chloro- 7dihydro- 2,3 oxo-2 phényl- 5 1 H- benaodiazépine- 1,4 carboxylique -3

**Diazépam :**

Chloro- 7 dihydro- 1,3 méthyl- 1 phényl- 5 2H benzodazépine - 1,4 one-2

**Lorazépam :**

Cloro-7 (0- chlorophényl)- 5 dihydro- 1,3 hydroxy 2H- benzodiazépine- 1,4 one-2

**Méprobamate :**

Dicarbamate de méthyl- 2 propyl- 2 propanediol 1,3

**Midazolam :**

Cloro- 8 (0 fluorophényl)- 6 méthyl- 1 41-1 imidazol [1,5-a] benzodiazépine- 1,4

**Nitrazépam :**

Dihydro- 1,3 nitro- 7 phényl- 5 2H- benzodiazépine- 1.4 one-2

**Phénobarbital :**

Acide éthyl- 5 phényl ( 5 barbiturique

**Vinylbital:**

Acide (méthyl - 1 butyl)- 5 vinył- 5 barbiturique

**ARRETE N°41 MSP.MIN DU 21 AVR 1997 MODIFIANT ET COMPLETANT  
L'ARRETE 97 MSP/MIN DU 01 OCT 1996 FIXANT LA LISTE DES SUBSTANCES  
PSYCHOTROPES**

Le ministre de la santé et de la population ;  
Vu la loi n°85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée ;  
Vu le décret n°77-177 du 7 Décembre 1977 relatif à la ratification de la convention sur les substances psychotropes faite à Vienne le 21 Avril 1971 ;  
Vu le décret n°93-153 du 28 Juin 1993 portant création du bulletin officiel du ministère de la santé et de la population ;  
Vu le décret n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la santé et de la population ;  
Vu l'arrêté n° 97 MSP/MIN du 01 Octobre 1996 fixant la liste des substances psychotropes ;  
Vu l'arrêté n° 107 MSP/MIN du 12 Novembre 1996 modifiant et complétant l'arrêté n°51 MSP/CAB du 26 Novembre 1994 portant nomenclature nationale des médicaments à usage humain.

**ARRETE :**

**Article 1<sup>er</sup>** : La substance psychotrope, dont la liste est jointe en annexe du présent arrêté est inclus dans ce tableau IV de la convention de 1971 et telle que fixée par l'arrêté 97 MSP/MIN du 01 Octobre 1996 sus visé.

**Article 2** : La substance psychotrope Vinylbital (DCI) -acide (méthyl-1butyl)-5 barbiturique est retiré de la nomenclature nationale des médicaments.

**Article 3** : Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du ministère de la santé et de la population.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

**ANNEXE1  
LISTE DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES**

II/ Psychotropes inclus dans ce tableau IV de la convention de 1971

Dénomination commune internationale	Désignation chimique
Tetrazepam	Chloro-7(cyclohexène-1yl)-5 dihydro-1,3 méthyl-1 2H-benzodiazépine-1,4 one-2

**Arrêté n° 098/MSP du 1er octobre 1996 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants**

Le ministre de la Santé et de la Population;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la Santé modifiée et complétée, notamment l'article 190 ;  
Vu le décret n° 63-43 du 11 septembre 1963 portant adhésion avec réserves de la République algérienne démocratique et populaire ;  
Vu le décret exécutif n° 93-153 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du ministère de la Santé et de la Population;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la Santé et de la population;

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>** : Sont classés comme substances stupéfiantes les produits figurant en annexe 1.

**Article 2** : Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du ministère de la Santé et de la Population.

Le ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

La liste des substances stupéfiantes publiée en annexe à cet arrêté a été complétée par l'arrêté n° 40/MSP/MIN du 21/4/1997

**ANNEXE 1 : LISTE DES SUBSTANCES CLASSÉES COMME STUPÉFIANTS**

**Stupéfiants inclus dans le tableau 1 de la convention de 1971**

Les dénominations communes internationales sont en caractères gras, les désignations chimiques correspondantes sont indiquées suite.

**Alfentanil chlorhydrate :**

(1 H 20) Monohydrochlorure de N-[éthyl- 4 oxo- 5 dihydro- 4,5 1 H - tétrazolyl-1 ) 2 éthy]- 1 (méthoxyméthyl)- 4 pipéridyl- 4 ] propionanilide

**Dextromoramide bitartrate :**

( (+) [methyl- 2 oxo- 4 diphenyl- 3,3 (pyrrolidinyl- 1 4butyl ] -4 morpholine bitartrate

**Fentanyl citrate :**

(Phénéthyl- 1 N - propionylanilino- 4 pipéridine) citrate

**Morphine chlorhydrate :**

7,8- Didehydro-4,5- epoxy -17- methylmorphinan- 3,6 - diol chlorhydrate

**Morphine sulfate :**

7,8- Didehydro-4,5- epoxy -17-methylmorphinan- 3,6 - diol sulfate (2:1)

**Pethidine chlorhydrate :**

(Ester éthylique de l'acide methyl- 1 phenyl-4 pipéridine carboxylique-4) chlorhydrate

**II/ Stupéfiants inclus dans le tableau II de la convention de 1971**

Les dénominations communes internationales sont en caractère gras, les désignations chimiques correspondantes sont indiquées à la suite.

**Codéine :**

(3- méthylmorphine)

**Pholcodine :**

Morpholinyléthylmorphine

**ARRETE N°40 MSP.MIN DU 21 AVR 1997 MODIFIANT ET COMPLETANT L'ARRETE  
98MSP/MIN DU 01 OCT 1996 FIXANT LA LISTE DES SUBSTANCES CLASSEES COMME  
STUPEFIANTS**

Le ministre de la santé et de la population ;

Vu la loi 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée ;

Vu le décret 63-343 du 11 Septembre 1963 portant adhésion avec réserves de la République algérienne démocratique et populaire à la convention unique sur les stupéfiants du 30 mars 1961;

Vu le décret n°93-153 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du ministère de la santé et de la population ;

Vu le décret n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la santé et de la population ;

Vu l'arrêté n°98 MSP/MIN du 01 Octobre 1996 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants ;

Vu l'arrêté n°107 MSP/MIN du 12 Novembre 1996 modifiant et complétant l'arrêté n°51 MSP/CAB du 26 Novembre 1994 portant nomenclature nationale des médicaments à usage humain.

**ARRETE :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Les substances stupéfiants dont la liste est jointe en annexe du présent arrêté sont inclus dans le tableau I de la convention de 1961 et telle que fixée par l'arrêté 98 MSP/MIN du 01 Octobre 1996 sus visé

**Article 2** : Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du ministère de la santé et de la population

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

**ANNEXE I**

**LISTE DES SUBSTANCES CLASSEES COMME STUPEFIANTS**

1/ Stupéfiants inclus dans le tableau I de la convention de 1961.

Dénomination commune internationale	Désignation chimique
Sufentanil	N-[methoxymethyl]-4[thienyl-2)- 2 éthyl]-1 pipéridyl-4 propionanilide

LE MINISTRE

الوزير

**CIRCULAIRE N° 007/SP/MIN/MSPRH/05 DU 22/11/2005 RELATIVE A LA GESTION DES  
PRODUITS PHARMACEUTIQUES DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

**DESTINATAIRES :**

- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population :

**pour application, suivi et communication aux :**

- Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) : **pour exécution.**

- Directeurs des Secteurs Sanitaires : **pour exécution.**

- Madame et Messieurs les Directeurs généraux des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) : **pour exécution.**

- Monsieur le Directeur Général de l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran (EHU) : **pour exécution.**

Des lacunes importantes voire graves continuent à caractériser la gestion des produits pharmaceutiques dans les établissements publics de santé et, concernent notamment les aspects suivants :

- mauvaise programmation des approvisionnements ;
- mauvaise appréciation des tensions et fréquentes ruptures des produits pharmaceutiques;
- non respect des règles de stockage et de sécurité ;
- dispersion des lieux d'entreposage et de distribution ;
- insuffisance voire absence de traçabilité du médicament ;
- contrôle inexistant de la destination finale des produits ;
- absence de recoupement fiche malade - consommation des médicaments selon le traitement prescrit ;
- absence totale de gestion économique du médicament ;
- Sous-utilisation de l'outil informatique.

Dans ce cadre, et en vue d'une gestion efficiente et rationnelle des produits pharmaceutiques, dont l'objectif cardinal est d'en assurer la disponibilité permanente, à destination exclusive du malade, il est rappelé à l'ensemble des intervenants dans la gestion de la pharmacie hospitalière, les règles régissant la conduite à tenir dans toutes les phases destinées à mettre à la disposition des prescripteurs et de manière continue, les produits pharmaceutiques nécessaires à une bonne prise en charge des patients, en respect des règles de gestion rationnelle et de procédure de contrôle interne.

**1 - L'élaboration des besoins**

L'élaboration des besoins en produits pharmaceutiques constitue une phase déterminante à laquelle une attention particulière doit être accordée par l'ensemble des personnels, notamment les prescripteurs ; ces derniers doivent agir dans un cadre concerté (conseil scientifique- conseil médical et comités du médicament), nécessaire à l'arbitrage et à l'établissement d'une nomenclature des médicaments par service, dont l'objectif est la détermination précise des commandes à effectuer.

**2- La procédure d'acquisition des produits pharmaceutiques**

La fonction « achat », une fois les besoins arrêtés et valorisés, doit être menée avec la plus grande vigilance, et vise comme objectif, de veiller à la disponibilité des médicaments au moindre coût.

A cet effet, les règles procédurales établies en matière de passation de marché, conformément aux dispositions du décret présidentiel n°02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics et du décret présidentiel n°03-301 du 11 septembre 2003 modifiant et complétant le décret présidentiel n°02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, doivent être scrupuleusement respectées, en vue d'une passation de marché transparente, où la concurrence entre les différents fournisseurs est effective.

En tout état de cause, toute acquisition de produits pharmaceutiques doit faire l'objet d'une consultation préalable, destinée à faire jouer pleinement la concurrence et à établir le choix des offres les plus favorables en matière de disponibilité et de prise en charge. Il est rappelé à cet effet, les termes de la circulaire ministérielle n°002/SP/MIN/MSPRH/05 du 06 juillet 2005.

**3- La fonction approvisionnement**

Il est à noter que les quantités reçues et valorisées doivent être transcrites dans le registre de la pharmacie destiné à justifier tous les mouvements des produits pharmaceutiques. Ce registre (dont le détail est donné au paragraphe 7) constitue « la main courante » ; les fiches de stocks et/ou de positions doivent faire l'objet d'une attention particulière et être tenues à jour. Elles doivent renseigner sur la situation des stocks physiques disponibles.

Le processus d'approvisionnement suit et concrétise la phase d'achat selon les étapes énumérées ci-après :

### 3.1 - La commande

Le responsable de la pharmacie doit établir deux types de bons de commande :

- Bon de commande mensuel pour tous les produits stock ;
- Bon de commande annuel livrable par tranches pour les réactifs chimiques et galéniques.

Ces bons de commandes sont signés conjointement par le responsable de la pharmacie et le directeur de l'établissement.

C'est le responsable de la pharmacie ou la personne dûment mandatée qui est chargée de déposer le bon de commande auprès du fournisseur choisi en respect de la réglementation des marchés publics. En effet, route commande doit s'inscrire dans le cadre d'un marché conclu en respect de la réglementation des marchés publics.

Le fournisseur devra apposer son visa sur le double du bon de commande.

### 3.2 La réception

La vérification de la conformité, la quantification des produits livrés et le contrôle de leur date de péremption, sont à la charge du responsable de la pharmacie qui effectue toutes ces opérations au vu du bon de commande qui a été émis, ainsi que du bon de livraison et de la facture qui ont été réceptionnés.

Le délai de la vérification de la conformité doit être précisé et doit constituer une clause contractuelle dans les marchés établis avec les fournisseurs. A cet effet, les bons de livraison établis par les fournisseurs sont provisoires et ne deviendront définitifs que si la conformité est dûment constatée.

Lorsque la livraison est conforme, la mention « service fait » est signifiée par le responsable de la pharmacie sur la facture, en apposant sa signature accompagnée de la date et du numéro d'enregistrement.

Cette facture est adressée au responsable du service économique de l'établissement pour sa prise en charge et son ordonnancement.

Le responsable du service économique et le responsable de la pharmacie établissent une situation hebdomadaire des états de paiements des factures réceptionnées, pour la transmettre aussitôt au directeur d'établissement.

Dans le cas d'erreur ou de non-conformité des produits commandés, le responsable de la pharmacie doit faire immédiatement rapport détaillé au responsable des services économiques, qui doit saisir le fournisseur dans les 24 heures. Un registre adhoc, côté et paraphé, doit consigner les constats de non-conformité établis par le responsable de la pharmacie et les factures litigieuses avec numéro, date et montant du paiement.

Le service, économique ne fera l'objet de la transmission de la facture, objet de la commande non-conforme, que lorsque tous les litiges et anomalies, donc toutes les réserves liées à la non-conformité, auront été levés par le fournisseur.

### 3.3 Le stockage

Le personnel chargé du stockage doit tenir des registres côtés et paraphés par le directeur de l'établissement servant aux inventaires permanents ; il doit en outre renseigner quotidiennement la fiche de stock dont le modèle est joint en annexe. Cette fiche est tenue à jour en y transcrivant tous les mouvements.

### 3.4 La réception au niveau des pharmacies extra-hospitalières (annexes)

Le personnel au niveau des structures extra-hospitalières (polycliniques, centres de santé, salles de soins et de consultation) chargé de la pharmacie, est sous la responsabilité du responsable de la pharmacie de l'établissement.

Lors de la réception des produits, à partir de la pharmacie principale, le personnel désigné est tenu de vérifier la conformité et la quantification des produits livrés et de procéder à l'inscription sur des registres, côtés et paraphés par le directeur de l'établissement, où sont reportées toutes les réceptions et les sorties.

La tenue de fiches de stock et de ventilation au niveau des pharmacies extra-hospitalières est obligatoire.

La distribution des produits pharmaceutiques au niveau des structures extra-hospitalières se fait sur ordonnances individuelles et nominatives.

Ces ordonnances sont transmises au responsable de la pharmacie de l'établissement qui en fait le suivi et l'exploitation.

### 41- La distribution aux services de soins

La distribution se fait :

- Sur bon de commande hebdomadaire « dotation pour besoins urgents » ;
- Sur ordonnance individuelle et nominative.

Seuls les praticiens chefs de service et les médecins autorisés dont les spécimens de signature sont dûment déposés auprès de la pharmacie principale de l'établissement, sont habilités à signer les bons de commande hebdomadaire.

Le bon de commande doit préciser, outre la quantité demandée, le stock restant au niveau du service.

La livraison comporte les étapes suivantes :

Dépôt à la pharmacie du bon de commande ou ordonnances, signés par le chef de service ou les médecins autorisés ;

Analyses et traitement des bons et ordonnances par le responsable de la pharmacie de l'établissement ;

" Préparation des produits par les préparateurs qui doivent signer les livraisons qu'ils ont exécutés ;

Remise des produits aux agents nommément désignés par le chef de service pour prendre livraison des produits avec signature sur un registre de retrait des produits sur lequel est mentionné :

- La date de livraison au service ;
- Les numéros de bons ou ordonnances ;
- Le, nom, prénom, matricule et signature de l'agent qui retire les produits ;
- Classement journalier des doubles des bons de livraisons

Le renouvellement d'une dotation, pour besoins urgents, s'effectue sur présentation des doubles de documents de prescription, accompagnés d'un état récapitulatif.

Les prélèvements sur la dotation doivent être faits sur l'aval d'une prescription ou d'un protocole de soin d'urgence, et donnent lieu à des relevés d'administration et de prélèvements,

Ces relevés permettent d'avoir un état récapitulatif servant de base de calcul pour les quantités à délivrer par la pharmacie principale.

Le praticien chef de service est par conséquent responsable des commandes (besoins urgents) établies pour les besoins de son service et sur lesquelles il aura apposé son visa.

Il veille à la destination du produit pharmaceutique. Pour cela, il est tenu à la gestion comptable des entrées et des sorties des produits pharmaceutiques dans le service.

Les bons de commande, libellés en dénomination commune internationale en ce qui concerne les médicaments, doivent être en conformité avec la nomenclature des services et/ou structures (polyclinique, centre de santé...).

Les ordonnances sont dispensées quotidiennement,

Le praticien chef de service veille à la tenue des registres de prescription par les praticiens autorisés. Ces registres comportent les renseignements suivants :

- identification du praticien et visa ;
- identification du patient ;
- âge du patient ;
- numéro de lit du patient ;
- numéro d'admission ;
- posologie de chaque médicament administré par patient et/ou dispositif médical administré ;
- date de la prescription ;
- durée du traitement ;

- observations éventuelles.

Au vu des prescriptions, établies par les praticiens de service, et après enregistrement sur le registre de prescription du service, le surveillant médical chef est chargé de l'administration des médicaments des plateaux de soins destinés aux patients.

Le chef de service veille au respect de l'ordonnancement des prescriptions médicales, sur les supports de prescription, par les praticiens du service.

Ces mesures sont appelées à être respectées et contrôlées quotidiennement par le praticien chef de service et chaque fois que nécessaire par le responsable de la pharmacie.

La commande et la prescription des stupéfiants sont régies par des dispositions particulières.

#### **5/- La dispensation ambulatoire :**

Les malades hospitalisés, déclarés sortants d'un établissement de soins, et qui doivent poursuivre leur traitement à titre ambulatoire, continueront à bénéficier de la couverture thérapeutique prodiguée par l'établissement hospitalier du lieu de résidence de ces malades, pour les médicaments à usage hospitalier strict, non vendus dans les officines.

Dans le cas où l'établissement ayant initié un traitement n'est pas celui du lieu de résidence du malade, il transmet un rapport médical justifiant la prescription à l'établissement du lieu de résidence, afin que ce dernier assure la prise en charge effective des produits pharmaceutiques nécessaires aux malades, en conformité avec la nomenclature des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine, objet de l'arrêté n°123 du 28 septembre 2005. L'impact financier conséquent devra être pris en charge dans la budgétisation subséquente de l'établissement ayant engagé la dépense, Les médicaments hors nomenclature, et en attendant leur enregistrement et leur intégration dans la nomenclature des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine, devront être désormais budgétisés par les établissements, pour en assurer la disponibilité.

#### **6/- Les stocks permanents obligatoires :**

Le directeur de l'établissement et le pharmacien responsable, veillent à la disponibilité permanente d'une réserve suffisante.

#### **II- Le compte de gestion matière**

L'introduction de l'outil informatique dans la gestion des produits pharmaceutiques ne doit nullement occulter la tenue obligatoire de supports classiques de gestion (registres de la pharmacie, fiches de stock, fiches de position ou de casier ainsi que le compte de gestion matière.)

Le compte de gestion matière des produits pharmaceutiques est annuel et doit comporter des indications conformément aux libelles de la nomenclature budgétaire, titres concernés par le mouvement de ces produits (entrées et sorties valorisées) ainsi que la valeur exacte des stocks existant en fin d'exercice.

Il constitue ainsi la justification physique de toutes les opérations d'acquisition de ces produits depuis le 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'exercice budgétaire, et de la contre-partie de la comptabilité financière, tenue conformément aux indications du registre des dépenses classées, respectant scrupuleusement les quatre phases de la comptabilité publique (engagement, liquidation, mandatement et paiement.)

La phase relative à la liquidation des factures doit être menée avec la plus grande vigilance, car le service fait ne peut être apposé que si la conformité en matière quantitative, qualitatif et de prix, est établie conformément aux clauses du marché et du cahier des charges.

#### **- Le registre de la pharmacie ou main-courante**

La tenue de ce registre est d'une importance capitale ; il est destiné au suivi et au contrôle de tous les mouvements quantitatifs des entrées et sorties, ainsi que de la situation des stocks physiques qui doivent être tenus à jour.

Le prix unitaire des produits doit être porté à côté de la DCI afin de permettre la détermination de la valeur des stocks. Un état valorisé des entrées et sorties ainsi que des stocks doit être élaboré mensuellement. L'utilisation de l'outil informatique doit permettre de tirer à tout moment l'état du stock physique et valorisé.

Les fiches de stock des produits pharmaceutiques constituent l'interface des écritures comptables, contenues dans le registre de la pharmacie. Les écritures relatives au mouvement de tout produit doivent être tenues à jour afin de permettre un contrôle aisé de la situation des stocks et prévenir les déperditions de toute matière.

La tenue de ces fiches doit être exigée au niveau de toutes les pharmacies hospitalières, extra-hospitalières et de service.

#### **8/- Les contrôles à effectuer à chaque niveau du circuit de consommation des produits pharmaceutiques.**

C'est sous la responsabilité du responsable de la pharmacie qu'il est effectué régulièrement le contrôle des armoires à pharmacie extrahospitalières et celles des services de soins de l'établissement.

A ce contrôle systématique et régulier, des contrôles ponctuels et d'opportunité doivent être opérés en ce qui concerne les médicaments à surveillance particulière (chaîne de froid, stupéfiants, médicaments à coût élevé ou strictement à usage hospitalier...).

Le responsable de la pharmacie détermine les écarts de stock entre les quotas fournis et les quantités consommées et portées sur le registre de prescription.



A l'issue du contrôle, le responsable de la pharmacie transmet le rapport écrit au directeur d'établissement dans lequel sont identifiés et signalés toutes les remarques.

Au cours du contrôle, le responsable de la pharmacie se doit de vérifier :

- les conditions de stockage et la conformité du rangement des médicaments, des psychotropes, des antiseptiques, des solutés massifs et objets de pansement ;
- les coffres à stupéfiants ;
- le niveau de stock ;
- la tenue des documents de gestion (registre de la pharmacie, fiches de stock, ordonnance nominative, archivage des bons de livraison et registres des unités et armoire à pharmacie de service) ;
- la validité des produits en terme de date de péremption ;
- le report des prescriptions sur les fiches de soins.

Le rapport du contrôle est adressé par le responsable de la pharmacie au directeur de l'établissement. Le directeur de l'établissement prend toutes les mesures qui s'imposent après avoir adressé ses observations écrites au praticien chef de service.

Le responsable de la pharmacie est en droit de reprendre tout excès de stock, après en avoir informé le directeur de l'établissement.

Les dons et échantillons fournis par les laboratoires aux établissements hospitaliers doivent être impérativement remis après accord du responsable de la pharmacie de l'établissement, à la pharmacie principale de l'établissement qui en assure la distribution, en respect des dispositions de la présente circulaire,

L'ensemble de la procédure décrite ci-dessus, vise à assurer la traçabilité du produit pharmaceutique dès sa réception au niveau de l'établissement et jusqu'à sa consommation par le patient à répondre au mieux aux besoins thérapeutiques exprimés et à éviter les risques de pénurie ou de sur-stock. A cet effet, la pharmacie de l'établissement et des structures extra-hospitalières doit être ouverte et assurer le service en permanence, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept,

Les responsables d'établissement sont tenus d'adresser un rapport au plus tard le 31 décembre 2005 aux services concernés du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, en application de la présente circulaire, et de mentionner, le cas échéant, toute difficulté rencontrée dans ce cadre.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمل تو

**Compte de gestion matière <<produits pharmaceutiques>> Annuel**

Nature	Quantités Valorisées Au 31. 12 Année N-1	Quantité achetée année <N>	Quantités Reçues à divers titres année <N>	Totaux quantités entrées année <N>	Quantités sorties année <N>	Quantités restant en stock 31/12 année <N>
-Médicament et autres produits à usage médical -Fiches et produits radiologiques -Petites instrumentation -Gaz médicaux						

**NB/ - La nature est donnée à titre indicatif, il faut introduire l'ensemble des produits pharmaceutiques conformément à la nomenclature budgétaire touchant au titre concerné.**

Nom de l'établissement

FICHE DE STOCK

N° : Code EPIPHARM

DCI

Prix moyen :

Dénomination commercial :

Stock de sécurité :

Forme...Dosage.....Unité de distribution....

Stock d'alerte :

Equivalent thérapeutique :

Stock Max :

Consommation mensuelle :

Prévision annuelle

**ENTREES**

**SORTIES**

Date d'entrée	N° FACTURE	FURNISSEUR	PRIX	N° LOT	DATE PEREMPTION	DATE DE SORTIE	SERVICE DESTINATAIRE	N° BON DE COMMANDE	Quantité
									Cumul des sorties
									stock

**Arrêté interministériel du 2 Chaâbane 1426 correspondant au 6 septembre 2005  
fixant la liste des produits pharmaceutiques essentiels et vitaux à acquérir selon la  
procédure de gré à gré après consultation.**

Le ministre des finances,  
Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu le décret présidentiel n° 02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, modifié et complété, portant réglementation des marchés publics ;  
Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Ouél 1426 correspondant au 1<sup>er</sup> mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 fixant les attributions du ministre des finances ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>:** En application des dispositions de l'article 38 (alinéa 2) du décret présidentiel n° 02-250 du 13 Joumada El Oula 1423 correspondant au 24 juillet 2002, susvisé, le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et les établissements sous tutelle ont recours à la procédure de gré à gré après consultation, pour l'acquisition des produits pharmaceutiques essentiels et vitaux fixés en annexe du présent arrêté.

**Article 2:** Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Chaâbane 1426 correspondant au 6 septembre 2005.

Le ministre des finances

Le ministre de la santé  
et la population  
et de la réforme hospitalière

**Mourad MEDELICI**

**Amar TOU**

## Annexe

### **1- Les médicaments**

- les produits d'anesthésie
- les produits anti-inflammatoires et antalgiques
- les produits de la cancérologie
- les produits de la cardiologie
- les produits dermatologiques
- les produits de l'endocrinologie, du métabolisme et de la gynécologie
- les produits de l'hépto-gastro-entérologie
- les produits de l'hématologie
- les produits de l'infectiologie
- les produits de la psychiatrie
- les produits de l'ophtalmologie
- les produits de la pneumologie
- les produits de l'urologie et de la néphrologie
- les produits antidotes

### **2- Les produits dentaires**

- Les produits de base

### **3- Les réactifs**

- les réactifs pour techniques manuelles
- les réactifs pour techniques automatiques

### **4- Les dispositifs médicaux**

- les poches de prélèvement de sang
- les abords parentéraux
- les abords digestifs
- les abords respiratoires
- les abords urinaires
- les abords chirurgicaux et pour soins (non tissés, gants et pansements)
- les ligatures et les sutures
- les bandes plâtres
- les films radiologiques

## Liste des 321 médicaments essentiels et vitaux à acquérir selon la procédure de gré à gré après consultation

### Les Produits d'anesthésie

- 1- Alfentanyl sol inj 0,100 mg/2 ml
- 2- Alfentanyl sol inj 0,500 mg/2 ml
- 3- Fentanyl sol inj 0,100 mg/2ml
- 4- Fentanyl sol inj 0,500 mg/10ml
- 5- Sufentanyl sol inj 0,250 ug/ml
- 6- Sufentanyl sol inj 10 ug/ml
- 7- Sufentanyl sol inj 50 ug/ml
- 8- Halothane sol inhal 50 mg (fl)
- 9- Ketamine sol inj 50 mg/ml
- 10- Propofol sol inj IV 200mg/20ml
- 11-Thiopental sodique sol inj 500mg
- 12-Thiopental sodique sol inj 1 g
- 13-Bupivacaine sol inj 0,5 % 2ml
- 14-Lidocaine adrénaline sol inj 1%
- 15- Lidocaine adrénaline sol inj 2%
- 16- Lidocaine chlorhydrate sol inj 1 %
- 17- Lidocaine chlorhydrate sol inj 2%
- 18- Lidocaine visqueuse gel 2g %
- 19- Vecuronium bromure pdre sol inj 4mg/ml

### Les Produits anti-inflammatoires et antalgiques

- 1- Acetyl salicylate de lysine sol inj 900 mg
- 2- Paracetamol enfant sol inj 500 mg
- 3- Paracetamol adulte sol inj 1g
- 4- Buprenorphine sol inj 0,3 mg/ml
- 5- Morphine chlorhydrate sol inj 1 %
- 6- Morphine chlorhydrate sol inj 2%
- 7- Morphine sulfate comp 10 mg
- 8- Morphine sulfate comp 30mg
- 9- Morphine sulfate comp 60mg
- 10- Morphine sulfate comp 100 mg
- 11- Diclofenac sodique sol inj 75 mg
- 12-Tetracosactide sol inj 0,25 mg
- 13-Tetracosactide sol inj 0,50mg
- 14-D penicillamine comp 300 mg

### Les Produits de la cancérologie

- 1-Actinomycine D amp inj 0,5 m
- 2-Asparaginase sol inj 1 0000 UI
- 3-Bleomycine sol inj 15 mg
- 4-Carmustine sol inj 100 m
- 5-Cis platine sol inj 25 m
- 6- Cyclophosphamide comp 50 mg
- 7- Cyclophosphamide sol inj 200m<sup>^</sup>
- 8- Cyclophosphamide sol inj 500 m
- 9- Cytarabine sol inj 500 mg
- 10-Cutarabine sol inj 1000 mg
- 11- Dacarbazine pdre sol inj 100mg
- 12-Daunorubicine pdre sol inj 20 mg
- 13- Doxorubicine pdre sol inj 10 mg
- 14- Doxorubicine pdre sol inj 50 mg
- 15- Etoposide sol inj 100 mg/5ml
- 16- Fluoro-uracile sol inj 250 mg
- 17- Fluoro-uracile sol inj 500 mg
- 18-Fluoro-uracile sol inj 1g
- 19-Hydroxycarbamide gel 500 mg
- 20- Ifosfamide pdre sol inj 1 g
- 21- Melphalan comp 2 mg
- 22- Mercaptopurine comp 50 mg
- 23- Methotrexate sol inj 50 mg
- 24- Methotrexate sol inj 500 mg
- 25- Methotrexate comp 2,5 mg
- 26- Mitomycine pdre sol inj 1 Omg
- 27- Procarbazine gel 50 mg
- 28- Vinblastine sol inj 10 mg
- 29- Vincristine sol inj 1 mg
- 30- Azathioprine comp 50 mg
- 31 - Azathioprine sol inj 100 mg
- 32- Ciclosporine sol inj 50 mg/ml
- 33-Ciclosporine sol buv 100 mg/ml
- 34- Ciclosporine caps 25 mg
- 35- Ciclosporine caps 50 mg
- 36- Ciclosporine caps 100 mg
- 37-Myco-phenolate comp 500 mg
- 38-Myco-phenolate comp 250 mg
- 39-Tacrolimus gel 1 mg
- 40- Tacrolimus gel 5 mg
- 41 - Mesna sol inj 400 mg

### **Les Produits de la cardiologie**

- 1- Adrénaline sol inj 0,25 mg/ml
- 2- Adrénaline sol inj 1 mg/ml
- 3- Dobutamine sol inj 250 mg/20 ml
- 4- Dopamine sol inj 50 mg/10 ml
- 5- Dopamine sol inj 200 mg/5ml
- 6- Ephedrine sol inj 3 %
- 7- Isoprenaline chlorhydrate ou sulfate sol inj 0,2 mg
- 8- Noradrenaline sol inj 4 mg
- 9- Nicardipine sol inj 10 mg/10 ml
- 10-Isosorbide dinitrate sol inj 10 m^
- 11 - Trinitrine sol inj 10 mg
- 12- Amiodarone sol inj 150 mg
- 13-Amiodarone comp 200 mg
- 14-Clonidine sol inj 0,15 mg/m
- 15-Dihydralazine sol inj 25 mg
- 16-Esmolol sol inj 10 mg/ml
- 17-Propranolol sol inj 5 mg/ml
- 18-Dogoxine sol inj IV 0,5 mg
- 19- Furosemide sol inj 20 mg,
- 20- Furosemide sol inj 250 mg

### **Les produits dermatologiques**

- 1 - Benzoate de benzyle sol derm 10 %
- 2- Polividone iodée sol derm 10 %
- 3- Sulfadiazine argentique cre 1 %
- 4- Compresse imbibée de vaseline GM
- 5- Compresse imbibée de vaseline et ATB - GM
- 6- Compresse imbibée de vaseline et corticoïde GM

### **Les produits de l'endocrinologie - du métabolisme et de la gynécologie**

- 1- Betamethasone acétate sol inj 7(5+2) mg
- 2- Betamethasone acétate sol buv gttes 0,5 mg/ml
- 3- Dexamethasone sol inj 4 mg
- 4- Dexamethasone sol inj 20 mg
- 5- Hydrocortisone hemisuccinate pdre sol inj 25 mg
- 6- Hydrocortisone hemisuccinate pdre sol inj 100 mg
- 7- Hydrocortisone hemisuccinate pdre sol inj 500 mg
- 8- Methylprednisolone pdre sol inj 20 mg
- 9- Methylprednisolone pdre sol inj 40 mg
- 10- Methylprednisolone pdre sol inj 120 mg
- 11 - Methylprednisolone pdre sol inj 500 mg
- 12- Prednisone basecomp 1 mg
- 13- Prednisone base comp 20 mg
- 14-Glucagon sol inj 1 mg
- 15- Calcium chlorure sol inj IV 10 %
- 16- Calcium gluconate sol inj 10 %
- 17- Eau distillée stérile 10 ml
- 18- Eau distillée stérile 500 ml
- 19- Glucose sol inj iso 5% FI /500 ml
- 20- Glucose sol inj Hyper 15 % FI/500 ml
- 21- Glucose sol inj Hyper 30 % amp 10ml
- 22- Magnésium sulfate sol inj 15 %
- 23- Oligoéléments sol inj FI 50 ml
- 24-Potassium chlorures sol inj 10 % amp 20 ml
- 25- Potassium chlorure sol inj 10 % amp 10 ml
- 26- Potassium gluconate sirop 7,46 %
- 27- Sels de rehydratation citrate pdre orale
- 28- Solution de réhydratation FI/500ml
- 29- Sodium bicarbonate soluté 1,4 % FI/500
- 30- Sodium bicarbonate sol inj 4,2 ml( amp 10
- 31-Sodium bicarbonate sol inj 8,4 ml (amp 1(
- 32- Sodium chlorure sol inj 0,9 % FI/250 ml
- 33- Sodium chlorure sol inj 0,9 % FI/500ml
- 34-Sodium chlorure sol inj 0,9 % FI/125 ml
- 35- Sodium chlorure sol inj 10 % amp 10 ml
- 36- Sodium chlorure sol inj 20 % amp 10 ml
- 37-Acide ascorbique sol inj 500 mg
- 38- Calcifediol sol buv 5 ug/gtte
- 39- Colecalciferol sol inj 200 000 UI/ml
- 40- Solution pour alimentation enterale tandard FI/500 ml
- 41-Acides aminés sol inj 6,50 A 7G/L
- 42-Acides aminés sol inj N+9,4 g/9,6g
- 43-Acides aminés sol inj N+12,5 13,5
- 44-Huile de soja/lecithine d'œuf (emul lip) sol inj 10 % FI/500 ml
- 45-Huile de soja/lecithine d'œuf (emul lip) sol inj 20 % FI/500 ml
- 46-Insuline humaine biphasique sol inj 100 UI/ml FI/10ml
- 47-Insuline humaine intermed monophasique sol inj 100UI/ml FL/10ml
- 48-Insuline humaine d'action rapide sol inj 100UI/ml FI 10ml
- 49-Polystirene sodium sulfonate pdre orale
- 50- Lait spécial prématuré
- 51-Methylergometrine sol inj 0,2 mg/ml
- 52- Oxytocine sol inj 5 UI

**Les Produits de l'hépatogastro-entérologie**

- 1- Omeprazole sol inj IV 40 mg
- 2- Ranitidine sol inj 50 mg
- 3- Atropine pure sol inj 0,25 mg/ml
- 4- Atropine pur sol inj 1 mg/ml
- 5- Tiemonium methylsulfate sol inj 5 mg
- 6- Phloroglucinol sol inj 10 mg/ml
- 7- Ondansetron sol inj 2mg/ml
- 8- Loperamide gles 2 mg

**Les Produits de l'hématologie**

- 1- Acenocoumarol comp 4 mg
- 2- Héparine sodique sol inj 25 OOOUI/5ml
- 3- Tinzaparine sol inj SC 0,25 ET 0,35 ml
- 4- Tinzaparine sol inj SC 0,45ml
- 5- Tinzaparine sol inj SC 0,5 à 1 ml
- 6- Nadroparine calcique sol inj SC 0,2 à 0,3 ml
- 7- Nadroparine calcique sol inj SC 0,4 à 0,6 ml
- 8- Nadroparine calcique sol inj SC 0,8 à 1 ml
- 9- Enoxaparine sodique sol inj SC 0,2 à 0,4 ml
- 10- Enoxaparine sodique sol inj SC 0,6 ml
- 11 - Enoxaparine sodique sol inj 0,8 à 1 ml
- 12-Phytomenadione sol inj IV 10 mg/amp
- 13-Folinate de calcium pdre sol inj 50 mg
- 14- Folinate de calcium pdre sol inj 200 m
- 15- Erythroetine sol inj 2000 UI/ml
- 16- Streptokinase sol inj 1500000 UI
- 17- Desmopressine sol inj 4 ug
- 18- Albumine humaine sol inj IV 20%
- 19-Facteur anti-hémophilique IX 500 UI
- 20- Facteur anti-hémophilique VIII 500 UI
- 21-Fibrinogene sol inj 1g/100ml
- 22-Gélatine fluide modifiée FI/500ml
- 23- Immunoglobuline humaines spécifique anti-D inj 250 u,g

**Les produits de l'inféctiologie**

- 1- Amikacine pdre sol inj 250 mg
- 2- Amikacine pdre sol inj 500 mg
- 3- Gentamicine sol inj 10 mg
- 4- Gentamicine sol inj 40 mg
- 5- Gentamicine sol inj 80 mg
- 6- Cefalexine cap 500 mg
- 7- Cefazoline pdre sol inj 1g
- 8- Cefotaxime pdre sol inj 1 g
- 9- Cefoxitine sol inj 1 g
- 10- Ceftazidime sol inj IV 1g
- 11-Ceftazidime sol inj IV 2g
- 12-Ceftizoxime sol inj 500mg
- 13-Ceftizoxime sol inj IV 1 g
- 14- Ceftriaxone sol inj IV 1 g
- 15-Amoxicilline pdre sol inj 500 mg
- 16-Amoxicilline pdre sol inj 1 g
- 17-Amoxicilline susp buv 250 mg/5ml
- 18-Benethamine benzyl pénicilline pdre sol inj 1 MUI
- 19-Benzathine benzylpenicilline pdre sol inj 0,6 MUI
- 20-Benzathine benzylpenicilline pdre sol inj 1,2 MUI
- 21 - Benzylpenicilline pdre sol inj 1 MUI
- 22- Oxacilline pdre sol inj 500 mg
- 23-Oxacilline pdre sol inj 1 g
- 24- Piperacilline pdre sol inj 2g
- 25-Imipenem-cilastatine pdre sol inj 500 mg
- 26-Thiamphenicol pdre sol inj 750 mg/fl
- 27- Lincomycine sol inj 600 mg
- 28-Erytromycine sol inj IV 1g
- 29- Erytromycine susp orale 200 mg
- 30-Pristinamycine comp 500 mg
- 31 - Spiramycine comp 1,5 MUI
- 32- Spiramycine comp 3 MUI
- 33- Spiramycine sirop 0,375 MUI / 5ml
- 34-Mitronidazole sol inj 500 mg
- 35- Mitronidazole comp 250 mg
- 36-Mitronidazole susp buv 125 mg/5mL
- 37- Doxycycline gle 100 mg
- 38- Oxytetracycline gles 250 mg
- 39-Ofloxacin comp 200 mg
- 40- Ofloxacin sol inj 200 mg/40ml
- 41- Cotrimoxazole susp buv 200/40/5ml'
- 42- Cotrimoxazole comp 400/80 mg
- 43-Fosfomycine sol inj 1g
- 44- Vancomycine pdre sol inj 500 m^
- 45- Aciclovir pdre sol inj 3 MUI
- 46- Interferon alpha 2A ou 2B pdre sol inj 3 MUI
- 47-Didanosine Gle Castro Résistant 250 mg
- 48- Didanosine Gle Gastro Résistant 400 mg



49- Didanosine Sol Bu  
 50- Efavirenz Comp 200 mg  
 51 - Efavirenz Comp 600 mg  
 52- Indinavir Gle 400 mg  
 53-Lamivudine Comp 150 mg  
 54-Lamivudine Sol Bu 10 mg/ML  
 55-Nelfinavir Comp 200 mg  
 56-Nelfinavir Comp 250 mg  
 57-Nelfinavir Sol Bu 50 mg/ML  
 58- Stavudine Gle 40 mg  
 59-Stavudine Gle 30mg  
 60- Ritonavir Gle 100mg  
 61-Stavudine pdre Sol Bu 1 mg/ML  
 62- Zidovudine Gle 100 mg  
 63- Zidovudine Gle 300 mg  
 64-Zidovudine Sol Bu 100 mg/10ML  
 65- Zidovudine Sol inj 200 mg  
 66- Abacavir Sol Bu 20 mg/ML  
 67- Abacavir Comp 300 mg  
 68-Nevirapine Sol Bu 10 mg/ML  
 69-Lamivudine/Stavudine Comp 150/30 mg  
 70-Lamivudine/Stavudine/Nevirapine Comp 150/40/200 mg  
 71-Lamivudine/Stavudine/Nevirapine Comp 150/30/200 mg  
 72-Lamivudine/Zidovudine Comp 150/300 mg  
 73-Lamivudine/Zidovudine/Nevirapine Comp 150/300/200 mg  
 74- Ritonavir/Lopinavir Gle 133, 3/33, 3 mg  
 75- Ritonavir/Lopinavir Sol Bu 80 mg/20 mg/ML  
 76- Abacavir Sol Bu 20 mg/ML  
 77- Abacavir Comp 300 mg  
 78- Amphoterycine B Sol inj 50 mg  
 79- Fluconazole Sol inj. IV Perp. 2 mg/ML  
 80- Fluconazole Gle 200 mg  
 81- Ethambutol Comp 250 mg à 500 mg  
 82- Ethionamide Comp 250 mg  
 83- Isoniazide Sol inj 500 mg  
 84- Isoniazide Comp 100 mg  
 85- Isoniazide Comp 300 mg  
 86- Kanamycine Sol inj 1 g  
 87- Pyrazinamide Comp 400 mg  
 88- Rifampicine Gle 150 mg  
 89- Rifampicine Gle 300 mg  
 90- Rifampicine Susp Bu MG/ml  
 91- Streptomycine pdre Sol inj 1 g  
 92- Rifampicine/Isoniazide Comp 150/75 m  
 93- Rifampicine/Isoniazide Comp 30/60 mg  
 94- Rifampicine/Isoniazide/Ethambutol Comp 150 mg/75 mg/275 mg  
 95- Rifampicine/Isomazide/Ethambutol/Pyrazinamide Comp 150 mg/75 mg/275 mg/400  
 96- Rifampicine/Isoniazide/Pyrazinamide Comp 60/30/150 mg  
 97- Mefloquine comp 250 mg  
 98- Praziquantel comp 600 mg  
 99- chloroquine comp 100 mg  
 100- Quinine sol inj 250 mg  
 101- Pyrimethamine sulfadox comp 25 mg  
 102- Proguanil - chloroquine comp 200/100mg  
 103- Proguanil chlorhydrate comp 100 mg  
 104-Antimoniate de meglumine sol inj 1,5 g/amp  
 105-Pentamidine sol inj 300mg

**Les produits de la Neuro-psychiatrie**

1- Phénobarbital pdre sol inj 40 mg  
 2- Neostigmine sol inj 0,5 mg/ml  
 3- Clorazepate dipotassique sol inj 50 mg  
 4- Diazepam sol inj 10mg/2ml  
 5- Diazepam sol bu 1%  
 6- Midazolam sol inj 5 mg  
 7- Chlorpromazine sol inj IM 25 mg  
 8- Fluphenazine decanoate retard sol inj 25 mg/ml

**Les produits de l'ophtalmologie**

1- Chlortetracycline pdre opht 1%

**Les produits de la pneumologie**

1- Salbutamol sol inj 0,5 mg/ml  
 2- Salbutamol sulfate aero 100ug/bouff  
 3- Salbutamol sol nebul 5 mg/ml  
 4- Terbutaline sulfate sol in SC 0,5 mg/ml  
 5- Terbutaline sulfate spray aéro 250 ug/bouff

**Les produits de l'urologie et de la néphrologie**

1- Mannitol sol inj 10%  
 2- Mannitol sol inj 20 %  
 3- Mannitol sol inj 30 %  
 4- Solution dialyse isotonique poches/ 2 litres  
 5- Solution dialyse hypertonique poches/2litres  
 6- Concentré d'acide d'hémodialyse bidons /5 litres  
 7- Cartouche de bicarbonate de sodium 700 g

**Les produits anti-dotes**

- 1- Flumazemine sol inj 0,5 mg/5ml
- 2- Naloxone sol inj 0,4 mg/ml
- 3- Protamine sulfate sol inj 10000 UAH/10
- 4- Deferoxamine sol inj 500 mg
- 5- Dimercaprol sol inj 200 mg
- 6- EDTA dicobaltique sol inj 15 mg/ml
- 7- EDTA calcique sol inj
- 8- Pralidoxime amp inj 200 mg
- 9- Bleu de méthylène sol inj IV
- 10- Phytomenadione sol inj IV 50 mg/amp
- 11- Deferiprone comp 250 m
- 12- Bleu patente

Le ministre  
N° 004 MSPRH/MIN du 09 NOV 2005

***Circulaire relative aux modalités de mise en œuvre de la procédure de gré à gré après consultation pour l'acquisition des produits pharmaceutiques essentiels et vitaux fixés par l'arrêté du 6 septembre 2005***

**Destinataires :**

- Les Directeurs de la santé et de la population (pour diffusion aux secteurs sanitaires et EHS et suivi)
- Les Directeurs Généraux des CHU (pour exécution)

**Références :**

- Décret présidentiel n° 02-250 du 24 juillet 2002, modifié et complété, portant réglementation des marchés publics.
- Arrêté interministériel du 06 septembre 2005 fixant la liste des produits pharmaceutiques essentiels et vitaux à acquérir selon la procédure de gré à gré après consultation.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre de la procédure de gré à gré après consultation pour l'acquisition des produits pharmaceutiques essentiels et vitaux fixés par l'arrêté interministériel sus visé.

La consultation des fournisseurs pour l'acquisition de ces produits est organisée par tous moyens écrits appropriés, sans autre formalité, et ce conformément à l'article 22 du décret n° 02-250 sus visé .

Elle doit se faire dans le respect des principes régissant les marchés publics.

Dans le cadre de cette procédure, et pour que la concurrence soit effective, le nombre de fournisseurs consultés doit être supérieur à trois. La consultation doit concerner les fournisseurs nationaux et étrangers. Il est nécessaire, à cet effet, de constituer un fichier «fournisseurs» en se rapprochant, le cas échéant, de la Direction chargée de la pharmacie pour obtenir la liste des importateurs et des fabricants nationaux et étrangers.

**Déroulement de la procédure**

1- Le recours à la publicité par voie de presse en la matière n'est pas obligatoire. Toutes les informations utiles à l'effet de participer à la consultation doivent être communiquées, à la même date, aux fournisseurs potentiels par tous moyens écrits.

2- Un cahier des charges déterminant la nature, les quantités et les spécifications des produits doit être mis à la disposition des fournisseurs intéressés. Il doit indiquer les conditions générales du marché (garanties, avances, modalités de paiement...) et préciser, par ailleurs, afin d'assurer la transparence et l'égalité de traitement des candidats, la date et l'heure limite de remise des offres ainsi que les critères d'appréciation des propositions (prix, délais, et modalités de livraison, conditionnement...)

Dans le cadre de cette procédure, le cahier des charges n'est pas soumis au contrôle préalable de la commission des marchés.

3- Le gestionnaire crée par décision, les commissions d'ouverture des plis et d'analyse des offres dans le respect des dispositions de l'article 111 du décret présidentiel 02-250 sus visé.

4- L'ouverture des plis s'effectue en une seule étape, et a lieu le dernier jour correspondant à la date limite de remise des offres. La commission d'ouverture des plis se réunit en séance publique en présence des soumissionnaires, préalablement informés.

5- L'analyse des offres consiste en une comparaison de toutes les propositions reçues.

6- Les séances d'ouverture des plis et d'analyse des offres donnent lieu à l'établissement de procès-verbaux

En conclusion, il est rappelé que l'évaluation de tous les besoins en produits pharmaceutiques et leur classification sont essentielles pour mener à bien la fonction approvisionnement.

Il est demandé aux gestionnaires des établissements publics de santé de veiller au respect de la présente circulaire et de signaler toute difficulté rencontrée.

**NB :** Très important

Les modalités, objet de la présente circulaire, sont applicables pour toutes les transactions, autres que les produits pharmaceutiques, soumises à la procédure de gré à gré après consultation, dans le cadre des dispositions de l'article 38 alinéa 1 du décret présidentiel n° 02-250 du 24 juillet 2002 sus visé.

**09 NOV 2005**

Etablissement :.....

***Cahier des charges type ayant pour objet la conclusion d'un  
marché à commandes portant sur la fourniture de médicaments***

**I - PRESCRIPTIONS GENERALES**

## **INSTRUCTIONS AUX SOUMISSIONNAIRES**

### **ARTICLE 1<sup>er</sup> : OBJET DU CAHIER DES CHARGES**

Le présent cahier des charges a pour objet la conclusion d'un marché à commandes en vue de la fourniture de médicaments au profit de..... et ce, conformément aux prescriptions techniques ci-jointes.

Les candidats intéressés peuvent soumissionner pour un ou plusieurs lots.

### **ARTICLE 2 : MODE DE PASSATION**

Le marché à commandes faisant l'objet du présent cahier des charges sera conclu dans le cadre de la procédure de l'appel d'offres national restreint conformément aux articles 21, 23 et 25 du décret présidentiel n° 02-250 du 24 Juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété.

### **ARTICLE 3 : ELIGIBILITE**

L'appel d'offres s'adresse aux fabricants, importateurs et distributeurs agréés par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Ne sont pas admises à soumissionner, les personnes physiques ou morales en état de faillite ou de règlement judiciaire ou ayant fait l'objet d'une condamnation par l'une des dispositions des codes fiscaux ainsi que de l'ordonnance n° 03-03 du 19 juillet 2003 relative à la concurrence, modifiée et complétée.

### **ARTICLE 4 : NATURE DES FOURNITURES**

Les produits à fournir sont des médicaments ayant fait l'objet d'un enregistrement conformément à la réglementation en vigueur ou de l'octroi d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) délivrée par les services compétents du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Les produits sont présentés par classe thérapeutique et par ordre alphabétique en DCI (dénomination commune internationale) dans chaque classe thérapeutique. Ils sont (produits) indépendants les uns des autres ; chaque médicament constitue une ligne. Chaque ligne est un lot composé d'une DCI, d'une forme et/ou d'un dosage et de différents dosages pour la même forme.

### **ARTICLE 5 : QUANTITES**

Les quantités indiquées en annexe sont proposées avec un minimum et un maximum pour une année, estimées en fonction des consommations enregistrées.

### **ARTICLE 6 : PUBLICATION DE L'AVIS D'APPEL D'OFFRES**

L'avis de l'appel d'offres faisant l'objet du présent cahier des charges est rédigé en langue nationale et au moins dans une langue étrangère. Il est publié dans le Bulletin Officiel des Marchés de l'Opérateur Public (BOMOP) et au moins dans deux quotidiens nationaux.

#### **ARTICLE 7 : RETRAIT DU CAHIER DES CHARGES**

Le présent cahier des charges est à retirer auprès de

.....sis..... , contre le paiement auprès du ..... d'un montant de....., non remboursable, représentant les frais de documentation et de reprographie.

#### **ARTICLE 8 : DEMANDES D'ECLAIRCISSEMENTS**

Tout soumissionnaire désirant obtenir des éclaircissements sur le contenu du présent cahier des charges est tenu d'adresser une demande d'éclaircissements au service contractant par écrit.

La réponse qui lui est notifiée par le service contractant est en même temps notifiée à l'ensemble des entreprises ayant retiré le cahier des charges.

Toute demande d'éclaircissements doit être formulée au moins quinze (15) jours avant la date de dépôt des offres. Au cas où le traitement des demandes d'éclaircissements nécessite du temps, le service contractant se réserve le droit de reporter la date de dépôt des offres. L'avis de report comportant la date de dépôt des offres sera publié dans le Bulletin Officiel des Marchés de l'Opérateur Public et les mêmes organes de presse dans lesquels l'avis d'appel d'offres a été publié.

#### **ARTICLE 9 : MODIFICATION DU CAHIER DES CHARGES**

Le service contractant peut, avant la date de dépôt des offres, apporter des modifications ou des compléments au dossier d'appel d'offres de sa propre initiative et/ou en réponse à une demande d'éclaircissements. Il doit alors notifier ces modifications et/ou compléments éventuels par le biais d'un additif visé par le même organe de contrôle qui a visé le cahier des charges ; cet additif sera transmis par courrier à toutes les entreprises ayant retiré le cahier des charges, au plus tard dans les quinze (15) jours qui suivent la date de la parution de l'avis d'appel d'offres.

#### **ARTICLE 10 : PROROGATION DU DELAI DE REMISE DES OFFRES**

Le service contractant peut, s'il le juge nécessaire, procéder à une prolongation du délai pour la remise des offres. Cette prolongation est portée à la connaissance des candidats par voie de presse. L'avis de prorogation comportant la nouvelle date de dépôt des offres est publié dans le BOMOP et dans les organes de presse qui ont assuré la publication de l'avis d'appel d'offres.

#### **ARTICLE 11 : LANGUE DE REDACTION**

Les documents qui constituent le dossier de l'offre doivent être rédigés en langue arabe ou en langue française.

#### **ARTICLE 12 : CONTENU DES SOUMISSIONS**

Les soumissions doivent comprendre deux offres distinctes, une offre technique et une offre financière.

- 1- L'Offre technique, à insérer dans une enveloppe à part portant uniquement la mention « Offre technique » suivie du nom du soumissionnaire, doit comprendre ce qui suit :
  - La déclaration à souscrire selon le modèle ci-joint ;
  - La copie légalisée de l'extrait du registre de commerce ;
  - La copie légalisée de l'extrait de rôle apuré ou avec un échéancier ;
  - La copie légalisée de la carte d'immatriculation fiscale ;
  - Pour les sociétés, une copie légalisée des statuts ;
  - Une copie de l'attestation de mise à jour CNAS légalisée ;
  - Une copie de l'attestation de mise à jour CASNOS légalisée ;
  - L'extrait du casier judiciaire en cours de validité du soumissionnaire (du gérant ou du directeur général de l'entreprise) ;
  - La copie légalisée de l'autorisation délivrée par les services compétents du Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière attestant de la qualité de fabricant, d'importateur ou de distributeur ;
  - Les bilans comptables des trois dernières années certifiés par un comptable agréé ou un commissaire aux comptes pour les entreprises ayant plus de trois ans d'existence. Pour les entreprises ayant moins de trois ans d'existence,

**le soumissionnaire doit joindre le bilan du dernier exercice, certifié par un comptable agréé ou un commissaire aux comptes ;**

- **La copie légalisée de l'attestation de dépôt des comptes sociaux délivrée par les services du Centre National du Registre de Commerce (CNRC) ;**
- **Une délégation de pouvoirs en cours de validité selon le modèle ci-joint ;**
- **Les résumés des caractéristiques du produit (RCP);**
- **Pour les importateurs, l'engagement solidaire Fabricant/Importateur ;**
- Le présent cahier des charges portant le cachet et la signature du soumissionnaire, précédés de la mention « lu et approuvé ».
- **Une caution de soumission, dans une enveloppe fermée à part, portant la mention « Caution de soumission », pour les offres d'un montant supérieur à 100.000.000 DA.**

**NB :** Le service contractant se réserve le droit de demander ultérieurement des échantillons de produits, et, le cas échéant la décision d'enregistrement des produits.

**Il est à préciser que chaque soumissionnaire intéressé doit présenter son offre technique en spécifiant le(s) lot(s) concerné(s).**



2 - L'Offre financière, à insérer dans une enveloppe à part portant uniquement la mention « Offre financière » suivie du nom du soumissionnaire, doit comprendre ce qui suit :

- La lettre de soumission selon le modèle ci-joint ;
- le bordereau des prix unitaires en hors taxes et en toutes taxes comprises ;
- Le devis quantitatif et estimatif en hors taxes et en toutes taxes comprises.

Les deux enveloppes ci-dessus comportant l'offre technique et l'offre financière seront insérées dans une enveloppe unique, anonyme, ne comportant que les indications suivantes :

Appel d'offres national restreint n°..... ayant pour objet  
la fourniture de médicaments

« A ne pas ouvrir »

N.B. : Toutes les pages de l'offre doivent être paraphées par le soumissionnaire.  
L'offre ne doit contenir aucune mention entre les lignes ou de surcharge.

#### **ARTICLE 13: DATE ET HEURE DE DEPOT DES OFFRES**

Les offres doivent être déposées le..... à.....heures, à l'adresse suivante :

.....  
.....

Aucune offre ne sera acceptée au-delà de la date et de l'heure indiquées ci-dessus.

#### **ARTICLE 14 : DELAI DE VALIDITE DES OFFRES**

La durée de validité des offres est fixée à quarante cinq (45) Jours à compter de la date de leur dépôt telle que fixée à l'article 13 ci-dessus.

#### **ARTICLE 15 : CAUTION DE SOUMISSION**

La constitution d'une caution de soumission est obligatoire pour les offres d'un montant supérieur à 100.000.000 DA.

En application des dispositions de l'article 45 du décret présidentiel N° 02-250 du 24 Juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété, tout soumissionnaire concerné à ce titre constituera une caution de soumission supérieure à 1 % du montant de la soumission en toutes taxes comprises sous la forme d'une garantie bancaire émise par une banque de droit algérien ou la caisse de garantie des marchés publics.

La caution du (es) soumissionnaire (s) non retenu (s) et qui n'introduit (sent) pas de recours est restituée un jour franc après la date de publication de l'avis d'attribution provisoire du marché.

La caution de soumission de l'attributaire du marché sera libérée à la date de la mise en place de la caution de bonne exécution.

#### **ARTICLE 16 : MONTANT DE L'OFFRE**

Le montant de la soumission doit être porté en toutes taxes comprises, en lettres et en chiffres.

Le bordereau des prix unitaires et le devis quantitatif et estimatif doivent comporter les prix en lettres et en chiffres.

Les offres doivent porter sur le prix par unité de distribution et/ou de dispensation pour les médicaments et/ou par unité de distribution ou d'usage (comprimé, ampoule et flacon...).

#### **ARTICLE 17 : OUVERTURE ET EVALUATION DES OFFRES**

- **Ouverture des plis :**

L'ouverture des plis techniques et financiers sera assurée par la commission d'ouverture des plis du service contractant le jour correspondant à la date de dépôt des offres telle qu'indiquée à l'article 13 ci-dessus, à 14 heures précises et ce, en présence des soumissionnaires préalablement informés dans l'avis d'appel d'offres.

- **Evaluation des offres :**

L'évaluation des offres sera assurée par la Commission d'évaluation des offres du service contractant.

Cette Commission procède à l'analyse des offres techniques conformes, sur la base de critères et d'une méthodologie prévus à l'article 19 ci-dessous.

Toute offre non conforme aux dispositions du présent cahier des charges sera rejetée

**ARTICLE 18 : CORRECTION D'ERREURS**

Les offres reconnues conformes au dossier d'appel d'offres, seront vérifiées par le service contractant pour en rectifier les erreurs de calcul éventuelles. Les erreurs seront corrigées par le service contractant de la façon suivante :

- lorsqu'il existe une différence entre le montant en chiffres et le montant en lettres, le montant en lettres fera foi.
- Lorsqu'il existe une différence entre un prix unitaire et le montant total obtenu, en effectuant le produit du prix unitaire par la quantité, le prix unitaire fera foi, à moins que le service contractant n'estime qu'il s'agit d'une erreur grossière de virgule dans le prix unitaire, auquel cas le montant total cité fera foi et le taux unitaire sera corrigé.

Le montant figurant dans le devis quantitatif et estimatif sera rectifié par le service contractant, conformément à la procédure décrite ci-dessus.

**ARTICLE 19 : SYSTEME D'EVALUATION ET DE NOTATION**

L'évaluation se déroulera en deux étapes : une évaluation technique et une évaluation financière. La notation se fera sur 100 points, comme suit :

- Note technique.....70 points sur 100 points.
- Note financière.....30 points sur 100 points.

Note finale pour le choix du soumissionnaire : Pour chaque lot, l'offre qui obtiendra la meilleure note après sommation de la note technique et de la note financière sera retenue.

En cas d'égalité de la note finale entre deux ou plusieurs soumissionnaires, celui dont l'offre financière est la moins disante sera retenu.

1 - Evaluation Technique :

Après la vérification de l'éligibilité des candidats et de la conformité de chaque dossier aux conditions fixées par le présent cahier des charges, l'évaluation de chaque lot (ligne) se fera suivant le système de notation indiqué ci-dessous.

Deux systèmes d'évaluation sont prévus, l'un pour les médicaments non cytotoxiques et l'autre pour les médicaments cytotoxiques.

a) Système d'évaluation technique des médicaments non cytotoxiques :

<p><b>Critère N° 01 : Statut des soumissionnaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fabricant</li> <li>• Importateur</li> <li>• Distributeur/répartiteur</li> </ul>	<p><b>10 points</b></p> <p>10 points 06 points 04 points</p>
<p><b>Critère N° 02 : Qualité des produits proposés selon RCP</b></p> <p><b>A- Conditionnements</b></p> <p><b>Conditionnement primaire (selon la forme)</b></p> <p><b>1- Présentation orale sèche (comprimés, gelules, poudre à diluer ...)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation en blister pré coupé : 20 points</li> <li>- Présentation en blister simple : 15 points</li> <li>- Présentation en pilulier : 05 points</li> </ul> <p><b>2- Présentation orale non sèche (sirop, suspension buvable, compte goutte....)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence d'un doseur individualisé et facilité d'emploi : 20 points</li> <li>- Présence d'un doseur simple : 15 points</li> <li>- Présentation en grand volume : 05 points</li> </ul>	<p><b>40 points</b></p> <p><b>35 points</b></p> <p><b>20 points</b></p>

<p><b>3- Présentation à usage local ou externe (pommade, lotion externe, compresses imbibées)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation unitaire « unidose » avec information sur chaque unité : 20 points</li> <li>- Présentation unitaire simple : 15 points</li> <li>- Présentation à grand volume ou vrac : 05 points</li> </ul> <p><b>4- Présentation à usage entérale (sol inj IV,IM ,SC.....)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation en seringue pré-remplie avec système de sécurité information détaillée : 20 points</li> <li>- Présentation en ampoule simple : 15 points</li> <li>- Présentation en poudre à reconstituer : 05 points</li> </ul> <p><b>NB : La totalité de la note sera attribuée aux poudres à reconstituer si aucune solution prête à l'emploi n'est proposée</b></p> <p><b>5- Présentation de solution de grands volumes (solutés massifs)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flacon en PVC avec information et muni d'un dispositif pour le support : 20 points</li> <li>- Flacon en verre ou en PVC avec information complète sans dispositif particulier : 15 points</li> <li>- Flacon en verre ou en PVC sans information sur le flacon et sans dispositif particulier : 05 points</li> </ul> <p><b>Conditionnement secondaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation en boîte unitaire de bonne qualité avec notice d'information détaillée</li> <li>- Présentation en boîte unitaire de qualité moindre rendant difficile le rangement en étagères</li> <li>- Présentation en boîte non unitaire rendant difficile le rangement du vrac et notices en nombre insuffisant</li> </ul> <p><b>B- Modalités de stockage « Température de conservation »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Température ambiante</li> <li>- Conservation au frais (entre 2-8 °C)</li> </ul> <p><b>NB : La totalité de la note sera attribuée à tout produit pour lequel il n'existe que le mode de conservation au frais</b></p>	<p><b>15 points</b></p> <p><b>15 points</b></p> <p><b>10 points</b></p> <p><b>05 points</b></p> <p><b>05 points</b></p> <p><b>05 points</b></p> <p><b>02 points</b></p>
<p><b>Critère N° 03 : Références professionnelles</b></p> <p>Un point par attestation de bonne exécution d'un marché ou d'une convention sera attribué, et ce, à concurrence de six (06) points.</p>	<p><b>06 points</b></p>

<p><b>Critère N°4 : Délai de livraison</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 24 heures</li> <li>• Plus de 24 heures à 72 heures</li> <li>• Plus de 72 heures à une semaine</li> <li>• Plus d'une semaine</li> </ul> <p><b>N/B Sauf spécification de l'urgence sur le Bon de Commande</b></p>	<p><b>10 points</b></p> <p><b>10 points</b></p> <p><b>06 points</b></p> <p><b>03 points</b></p> <p><b>00 point</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Critère n°5 : Capacité financière</b> <b>Chiffre d'affaire du dernier exercice</b> Egal ou supérieur à 100.000.000 DA Egal à 50.000.000 DA et inférieur à 100.000.000 DA Egal à 20.000.000 DA et inférieur à 50.000.000 DA Inférieur à 20.000.000 DA	<b>04 points</b>  <b>04 points</b> <b>02 points</b> <b>01 point</b> <b>00 point</b>
<b>Total de la note technique</b>	<b>70 points</b>

**b) Système d'évaluation technique des médicaments cytotoxiques :**

<b>Critère N° 01 : Statut des soumissionnaires</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fabricant</li> <li>• Importateur</li> <li>• Distributeur/répartiteur</li> </ul>	<b>10 points</b>  <b>10 points</b> <b>06 points</b> <b>04 points</b>
<b>Critère N° 02 : Qualité des produits proposés selon RCP</b>  <b>A- Conditionnements</b> <b>Conditionnement primaire selon forme galénique</b>  <b>1- Présentation orale sèche (comprimés, gelules, poudre à diluer ...)</b> - Présentation en blister pré coupé : 15 points - Présentation en blister simple : 10 points - Présentation en pilulier : 05 points  <b>2- Présentation orale non sèche (sirop, suspension buvable, compte goutte....)</b> - Présence d'un doseur individualisé et facilité d'emploi : 15 points - Présence d'un doseur simple : 10 points - Présentation en grand volume : 05 points  <b>3- Présentation à usage local ou externe (pommade, lotion externe, compresses imbibées)</b> - Présentation unitaire « unidose » avec information sur chaque unité : 15 points - Présentation unitaire simple : 10 points - Présentation à grand volume ou vrac : 05 points	<b>40 points</b>  <b>25 points</b> <b>15 points</b>

**4- Présentation à usage entérale (sol inj IV,IM ,SC.....)**

- Présentation en seringue pré-remplie avec système de sécurité information détaillée : 15 points
- Présentation en ampoule simple : 10 points
- Présentation en poudre à reconstituer : 05 points

**NB : La totalité de la note sera attribuée aux poudres à reconstituer si aucune solution prête à l'emploi n'est proposée**

**5- Présentation de solution de grands volumes (solutés massifs)**

- Flacon en PVC avec information et muni d'un dispositif pour le support : 15 points
- Flacon en verre ou en PVC avec information complète sans dispositif particulier : 10 points
- Flacon en verre ou en PVC sans information sur le flacon et sans dispositif particulier : 05 points

**Conditionnement secondaire**

- Présentation en boîte unitaire de bonne qualité avec notice d'information détaillée
- Présentation en boîte unitaire de qualité moindre rendant difficile le rangement en étagères
- Présentation en boîte non unitaire rendant difficile le rangement du vrac et notices en nombre insuffisant

**B- Modalités de stockage « Température de conservation »**

- Température ambiante
- Conservation au frais (entre 2-8 °C)

**NB : La totalité de la note sera attribuée à tout produit pour lequel il n'existe que le mode de conservation au frais**

**C- Données de stabilités avant et après dilution du cytotoxique**

- Présence de données détaillées concernant la stabilité du produit avant et après reconstitution
- Absence de données concernant la stabilité des produits après reconstitution

**D- Décontamination des flacons de cytotoxiques**

- Flacons décontaminés
- Flacons non décontaminé

10 points

10 points

05 points

00 points

05 points

05 points

01 points

08 points

08 points

04 Points

02 points

02 points

00 Point

**Critère N° 03 : Références professionnelles**

06 points

Un point par attestation de bonne exécution d'un marché ou d'une convention sera attribué, et ce, à concurrence de six (06) points.

<b>Critère N°4 : Délai de livraison</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 24 heures</li> <li>• Plus de 24 heures à 72 heures</li> <li>• Plus de 72 heures à une semaine</li> <li>• Plus d'une semaine</li> </ul>	<b>10 points</b>  10 points 06 points 03 point 00 point
<i>N/B Sauf spécification de l'urgence sur le Bon de Commande</i> <b>Critère n°5 : Capacité financière</b>  <b>Chiffre d'affaire Du dernier exercice</b>  Egal ou supérieur à 100.000.000 DA Egal à 50.000.000 DA et inférieur à 100.000.000 DA Egal à 20.000.000 DA et inférieur à 50.000.000 DA Inférieur à 20.000.000 DA  <b>Total de la note technique</b>	<b>04 points</b>   04 points 02 points 01 point 01 point 00 point  <b>70 points</b>

Note éliminatoire :

Les soumissionnaires dont les offres techniques totalisent 45 points seront préqualifiés à l'évaluation financière.

2 - Evaluation financière :

Après vérification et correction des erreurs, les points de l'offre financière seront attribués par lot séparé selon la méthode suivante :

- L'Offre la moins disante (MM) se verra attribuer 30 points
- Les autres offres se verront attribuer une note inversement proportionnelle et égale à :

$$N = \frac{MM \times 30}{MN}$$

Dont :

- N = Note à attribuer
- MM = Montant de l'offre la moins disante
- MN = Montant de l'offre considérée

#### ARTICLE 20 : MARGE DE PREFERENCE

Une marge de préférence d'un taux de 15 % sera accordée aux produits d'origine algérienne (biens produits et/ou manufacturés localement) sur présentation d'un certificat d'origine algérienne délivré par la chambre de commerce et d'industrie concernée, spécifique aux produits concernés par la soumission.

Conformément aux dispositions de l'arrêté interministériel du 22 février 2003 relatif aux modalités d'application de la marge de préférence, l'octroi de celle-ci est accordée au stade de l'évaluation des offres. Elle est appliquée aux offres financières des soumissionnaires pré qualifiés techniquement suivant les critères de choix affichés dans le présent cahier des charges.

Les prix mentionnés dans les offres financières, tous droits et taxes compris, des produits importés, seront majorés de 15 %.

#### ARTICLE 21 : DROIT RECONNU AU SERVICE CONTRACTANT DE REJETER UNE OFFRE :

Le service contractant peut rejeter l'offre retenue, s'il est établi que son attribution entraînerait une domination du marché par le partenaire retenu ou fausserait, de toute autre manière, la concurrence dans le secteur concerné.

Le service contractant peut rejeter l'offre retenue lorsque celle-ci paraît anormalement basse, et ce, après avoir demandé par écrit au soumissionnaire les précisions qu'il juge utiles et vérifié les justifications fournies.

#### ARTICLE 22 : ATTRIBUTION PROVISoire DU MARCHÉ

Un avis d'attribution provisoire du marché sera inséré dans le Bulletin Officiel des Marchés de l'Opérateur Public et dans les organes de presse dans lesquels l'avis d'appel d'offres a été publié. Cet avis comportera les résultats de l'évaluation des offres techniques et financières et précisera la commission des marchés compétente pour l'examen des recours éventuels selon les modalités citées à l'article 24, ci-dessous.

#### ARTICLE 23 : DESISTEMENT

En cas de désistement du soumissionnaire retenu, le service contractant pourra porter son choix sur le candidat classé immédiatement après, sous réserve que celui-ci accepte d'aligner son offre sur celle de ce soumissionnaire.

#### ARTICLE 24 : RECOURS

Conformément aux dispositions de l'article 101 du décret présidentiel n°02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété, tout soumissionnaire qui conteste le choix opéré par le service contractant, peut introduire un recours dans les dix (10) jours, à compter de la première publication de l'avis d'attribution provisoire du marché dans le BOMOP ou la presse nationale, auprès de la Commission des marchés compétente.

Fait à.....le.....

Le soumissionnaire  
« Lu et approuvé »

Cachet et signature



## **II- PRESCRIPTIONS SPECIALES**

## SOMMAIRE

<b>Article 1 : Objet du marché à commandes</b>
<b>Article 2 : Mode de passation</b>
<b>Article 3 : Textes de référence</b>
<b>Article 4 : Pièces et documents contractuels</b>
<b>Article 5 : Montant du marché</b>
<b>Article 6 : Prix</b>
<b>Article 7 : Délai de mandatement</b>
<b>Article 8 : Intérêts moratoires</b>
<b>Article 9 : Domiciliation bancaire</b>
<b>Article 10 : Délai d'exécution</b>
<b>Article 11 : Pénalités de retard</b>
<b>Article 12 : Etablissement des commandes</b>
<b>Article 13 : Délais de livraison</b>
<b>Article 14 : Réception des médicaments</b>
<b>Article 15 : Retard de livraison et pénalités</b>
<b>Article 16 : Défaut de livraison</b>
<b>Article 17 : Produits périmés</b>
<b>Article 18 : Quantités</b>
<b>Article 19 : Commandes additionnelles</b>
<b>Article 20 : Conditions de qualité</b>
<b>Article 21 : Responsabilité du cocontractant</b>
<b>Article 22 : Conditionnement</b>
<b>Article 23 : Listes/Appartenances</b>
<b>Article 24 : Emballages</b>
<b>Article 25 : Colisage</b>
<b>Article 26 : Cautions de bonne exécution</b>
<b>Article 27 : Cas de force majeure</b>
<b>Article 28 : Conditions de résiliation</b>
<b>Article 29 : Avances</b>
<b>Article 30 : Nantissement</b>
<b>Article 31 : Règlement des litiges</b>
<b>Article 32 : Election de domicile</b>
<b>Article 33 : Avenant</b>
<b>Article 34 : Droits de timbre et droits d'enregistrement</b>
<b>Article 35 : Clause de principe</b>
<b>Article 36 : Entrée en vigueur</b>

### Les annexes :

- La lettre de soumission
- La déclaration à souscrire
- La délégation de pouvoir
- Le bordereau des prix unitaires
- Le devis quantitatif et estimatif

Marché passé conformément aux dispositions du décret présidentiel  
n° 02-250 du 24 Juillet 2002 portant réglementation des marchés  
publics, modifié et complété,

**CONCLU ENTRE :**

..... dont le siège est sis.....  
représenté par Monsieur....., Directeur Général, ayant tous pouvoirs à l'effet de signer le présent marché, désigné  
ci-après par l'expression « Le Service Contractant »,

d'une part,

**Et :**

L'Entreprise.....dont le siège est  
sis....., représentée par  
Monsieur..... ayant tous pouvoirs à l'effet de signer le présent marché,  
désignée ci-après par l'expression « Le Cocontractant ».

D'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

#### **ARTICLE 1<sup>er</sup> : OBJET DU MARCHE A COMMANDES**

**Le présent marché à commandes a pour objet la fourniture de médicaments au profit de.....et ce, conformément aux prescriptions techniques jointes en annexe.**

#### **ARTICLE 2 : MODE DE PASSATION**

Le présent marché à commandes est passé selon la procédure d'appel d'offres national restreint, conformément aux dispositions des articles 21,23 et 25 du décret présidentiel n°02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété.

#### **ARTICLE 3 : TEXTES DE REFERENCE**

Le présent marché est régi par la législation et la réglementation en vigueur, notamment :

- la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;
- la loi n° 90-21 du 18 août 1990 relative à la comptabilité publique, modifiée et complétée ;
- l'ordonnance n°03-03 du 19 juillet 2003 relative à la concurrence, modifiée et complétée ;
- la loi n° 04-02 du 23 juin 2004 fixant les règles applicables aux pratiques commerciales ;
- la loi n° 09-03 du 25 février 2009 relative à la protection du consommateur et à la répression des fraudes ;
- le décret présidentiel n° 02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété ;
- Le décret exécutif n° 05-468 du 10 Décembre 2005 fixant les conditions et les modalités d'établissement de la facture, du bon de transfert, du bon de livraison et de la facture récapitulative

#### **ARTICLE 4 : PIECES ET DOCUMENTS CONTRACTUELS**

Les pièces et documents contractuels constituant le présent marché sont les suivants :

- Le présent marché et ses annexes,
- La lettre de soumission,
- La déclaration à souscrire.

#### **ARTICLE 5 : MONTANT DU MARCHE**

Le montant du présent marché est arrêté en toutes taxes comprises à la somme de :

##### Montant en lettres :

- Maximum :
- Minimum :

##### Montant en chiffres :

- Maximum :
- Minimum :

**ARTICLE 6 : PRIX**

Les prix fixés au titre du présent marché à commandes sont ceux indiqués dans le bordereau des prix unitaires joint en annexe. Ces prix sont fermes, non actualisables et non révisables sauf modification légale des droits et taxes.

**ARTICLE 7 : DELAI DE MANDATEMENT**

Le mandatement des factures relatives au présent marché à commandes, sera assuré dans un délai maximum de trente (30) jours à partir de leur réception et ce, conformément à l'article 77 du décret présidentiel n° 02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété.

**ARTICLE 8 : INTERETS MORATOIRES**

Le défaut de mandatement dans les délais prévus à l'article 6 ci-dessus fait courir de plein droit sans autre formalité, au bénéfice du cocontractant des intérêts moratoires calculés depuis le jour suivant l'expiration dudit délai jusqu'au quinzième (15) jours inclus la date de mandatement de l'acompte au taux d'intérêt bancaire à court terme, soit:

$$P = \frac{S \times R \times TEB}{360}$$

Où :

P : Montant des intérêts moratoires

S : Montant de la facture

R : Nombre de jours de retard

TEB : Taux d'intérêt bancaire à court terme

Le défaut de mandatement de tout ou d'une partie des intérêts moratoires entraîne une majoration de 2 % du montant de ces intérêts par mois de retard.

Le retard auquel s'applique le pourcentage est calculé par mois entier décompté de quantième au quantième et ce, conformément à l'article 77 du décret présidentiel N° 02-250 du 24 Juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété.

**ARTICLE 9 : DOMICILIATION BANCAIRE**

Le service contractant se libérera des sommes dues par lui en exécution du présent marché, en faisant donner crédit au compte suivant :

Au nom de :.....

Après de l'Agence :.....

Sous le n°: .....

RIB n°.....

#### **ARTICLE 10 : DELAI D'EXECUTION**

Le délai d'exécution du présent marché est fixé à une (01) année, renouvelable une fois et ce, à la demande du service contractant.

Dans ce cas, le service contractant informera le partenaire cocontractant de son intention de renouveler le marché dans un délai de trois mois avant l'expiration du délai d'exécution du présent marché.

#### **ARTICLE 11 : PENALITES DE RETARD**

Si pour des raisons exceptionnelles le cocontractant viendrait à décider d'apporter un changement dans l'ordre de la livraison fixé sur le bon de commande, il devra au préalable recueillir le consentement du service contractant, faute de quoi, il lui sera fait application d'une pénalité dont le taux est fixé à 5 % du montant de chaque livraison par jour de retard sans que le total de ces pénalités n'excède les 10 % du montant du marché.

Dans le cas où le montant des pénalités dépasse 10 % du montant du marché en toutes taxes comprises, le service contractant se réserve le droit de résilier le contrat aux torts exclusifs du cocontractant.

La dispense de paiement de pénalités de retard intervient lorsque le retard n'est pas imputable au cocontractant.

#### **ARTICLE 12 : ETABLISSEMENT DES COMMANDES**

Les commandes seront passées par le service contractant moyennant des bons de commande établis et signés par lui au fur et à mesure des besoins exprimés par les services.

#### **ARTICLE 13 : DELAIS DE LIVRAISON**

**Les délais de livraison des médicaments faisant l'objet du présent marché seront ceux mentionnés dans les bons de commande.**

**Sauf stipulations contraires figurant dans le marché ou sur le bon de commande, le délai de livraison commencera à courir à partir de la date de notification du bon de commande. Le cocontractant s'engage à respecter les plannings des livraisons convenus.**

**Tout fractionnement d'une livraison est soumis à l'accord préalable du service contractant et ne doit pas engendrer de frais supplémentaires pour ce dernier.**

#### **ARTICLE 14 : RECEPTION DES MEDICAMENTS**

**La réception sera assurée dans les locaux de la pharmacie de l'établissement par le pharmacien chef, responsable de la pharmacie centrale.**

**Elle sera prononcée dès la réception quantitative des fournitures et impliquera les opérations suivantes :**

- ❖ **Reconnaissance du colisage en nombre ;**
- ❖ **Après ouverture des colis, reconnaissance du contenu de chaque colis en nombre et en état.**

Les fournitures livrées doivent être accompagnées du bulletin de conformité délivré par le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP).

**Les fournitures livrées et reconnues non conformes seront rejetées.**

**La réception des fournitures est prononcée chaque fois que le résultat des vérifications est reconnu satisfaisant par le contractant.**

- Réception provisoire :

La réception provisoire des livraisons consistera en la vérification de la conformité de la liste de colisage (jointe obligatoirement à la facture) du nombre de colis réceptionnés, ainsi que de l'état extérieur de ces derniers (avaries apparentes, etc. ...). Cette réception est sanctionnée par la signature du bulletin de réception établi selon le modèle (EPIPHARM) élaboré par les services compétents du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Le service contractant se réserve le droit d'effectuer des contrôles de conformité plus poussés.

- Réception définitive :

La réception définitive intervient après l'accomplissement des vérifications et lorsque les analyses sont déclarées satisfaisantes et ce, dans un délai de deux (02) mois après le prononcé de la réception provisoire de la marchandise.

Dans le cas où les articles et / ou produits en partie ou en totalité ne s'avèreraient pas conformes aux spécifications techniques contractuelles et aux échantillons de référence, remis au préalable par le cocontractant et agréés par le service contractant, ce lui-ci aura la faculté de rejeter les fournitures en cause et /ou d'annuler le reliquat de la commande. Ces mesures seront appuyées par les documents de justification nécessaires. Le cocontractant sera, alors, tenu d'assurer immédiatement et à ses frais le remplacement des fournitures non-conformes (frais de transport et autres frais éventuels....).

#### **ARTICLE 15 : RETARD DE LIVRAISON ET PENALITES**

**Sauf cas de force majeure, les retards ouvrent droit au paiement d'une pénalité sous forme de retenue sur la valeur des fournitures sans qu'il soit besoin de mise en demeure préalable.**

Cette retenue sera effectuée sur le premier paiement à venir après constatation du retard, ou à défaut sur le montant de la caution de garantie.

Cette pénalité de retard sera calculée conformément à l'article 11 ci-dessus.

#### **ARTICLE 16 : DEFAUT DE LIVRAISON**

**Lorsque le cocontractant ne livre pas tout ou partie des fournitures dans les délais fixés contractuellement, le service contractant se réserve le droit de pourvoir à ses approvisionnements, pour les quantités non livrées, auprès d'un fournisseur de son choix, aux frais du cocontractant défaillant.**

Les frais occasionnés par ces achats seront déduits, sans contestation aucune, des sommes pouvant revenir au cocontractant défaillant au titre de ses livraisons antérieures ou postérieures, ou à défaut facturés par l'établissement au cocontractant défaillant qui est tenu de les régler.

#### **ARTICLE 17 : PRODUITS PERIMES**

**Dans le cas où des produits pharmaceutiques livrés dans le cadre du contrat n'ont pas pu être consommés à cause de la proximité de leur date de péremption, le cocontractant s'engage à procéder à leur remplacement à la condition d'avoir été informé de cette situation par le service contractant au moins huit (08) mois avant la date de péremption. Le choix de l'option est laissé à l'appréciation du service contractant.**

**A cet effet, le médicament livré ne doit en aucun cas avoir été fabriqué depuis plus de huit (08) mois à la date de la livraison.**

**Cependant, pour les produits à durée de vie inférieure à 18 mois, la durée d'utilisation doit être au minimum égale aux 2/3 de la durée de vie.**

#### **ARTICLE 18 : QUANTITES**

Les quantités annexées au présent marché sont données à titre indicatif. Le service contractant se réserve le droit d'acquérir des quantités supérieures ou inférieures de 20 % à celle indiquée sur les dites annexes, sans que le cocontractant puisse demander une indemnité ou une augmentation de prix.

Le cocontractant garantira la fourniture totale des quantités de produits qui seront arrêtées dans les contrats ou bons de commande à venir.

#### **ARTICLE 19 : COMMANDES ADDITIONNELLES**

Des commandes additionnelles peuvent intervenir sous forme de commandes supplémentaires et complémentaires.

Les commandes supplémentaires sont celles qui sont en dépassement par rapport aux quantités prévues initialement dans le présent marché.

Les commandes complémentaires sont celles qui ne sont pas comprises dans le présent marché mais qui ont un rapport direct avec l'objet du marché.

Le cocontractant ne doit pas entreprendre des livraisons supplémentaires ou complémentaires sans bons de commandes préalables du service contractant.

Les besoins à satisfaire dans le cadre de commandes supplémentaires ou complémentaires donne lieu à l'établissement d'un avenant au marché.



Les prix appliqués aux quantités complémentaires non prévues au présent marché, feront l'objet d'un bordereau des prix unitaires arrêté par les deux parties.

#### **ARTICLE 20 : CONDITIONS DE QUALITE**

Le cocontractant garantit la parfaite stabilité de la qualité des médicaments faisant l'objet du présent marché et ce, pendant toute la durée de leur utilisation.

#### **ARTICLE 21 : RESPONSABILITE DU COCONTRACTANT**

Le cocontractant garantit la conformité des fournitures aux spécifications et normes contractuelles, aux échantillons de référence et aux certificats d'analyses fournis. Il s'engage, en cas de non-conformité, à prendre en charge les coûts de remplacement.

En outre, le cocontractant répondra de toute mauvaise qualité ou vice caché ayant pu porter préjudice à la santé des consommateurs ou de l'utilisateur, en assumera toutes les responsabilités et prendra en charge tous les frais et toutes conséquences en découlant.

Dans le cas où l'exploitation du produit s'avère présenter un danger pour la santé, le cocontractant s'engage à prendre à ses frais les fournitures pour lesquelles l'autorisation de mise sur le marché ou le certificat (ou attestation) de libre vente, lui a été suspendue, retirée ou supprimée par les autorités sanitaires du pays ou par un organisme international ayant compétence en la matière.

#### **ARTICLE 22 : CONDITIONNEMENT**

Sauf autorisation des services compétents du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, le conditionnement interne et externe du médicament doit être libellé obligatoirement en langue nationale et en langue française et comporter :

- La raison Sociale et adresse du fabricant
- La dénomination Commune Internationale (D.C.I.) ; tous les emballages internes et externes doivent porter la dénomination commune internationale spécifiée dans les annexes du présent marché ;
- Le numéro d'enregistrement ou de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ;
- Le numéro du lot et date de péremption ; les numéros des lots et la date de péremption doivent être indiqués en clair (Exemple : Lot n° 0117 Septembre 05 sur les emballages primaires et secondaires ainsi que sur les emballages externes).
- La date de fabrication : La date de fabrication doit être indiquée en claire (Ex. Juillet / 05).
- Les autres indications :
  1. La forme pharmaceutique ;
  2. La formule centésimale détaillée avec indication précise des substances actives ;
  3. La présentation (flacon, blister ....) ;
  4. La teneur en principe actif par unité de prise et par unité de conditionnement ;
  5. Les conditions particulières de stockage et de conservation.

En outre, une notice doit accompagner chaque unité de vente. Cette notice, rédigée dans les langues sus indiquées, doit notamment comporter :

1. **Les indications et la posologie ;**
2. **Les contre-indications ;**
3. **Les effets indésirables.**

**Les mentions nécessaires au bon usage du médicament : forme pharmaceutique, voie d'administration, dilution, précaution d'emploi (par exemple : forme orale, à croquer...) et plus particulièrement pour les formes injectables (voie d'administration, dilution, précaution d'emploi) doivent être lisibles et rédigées en toutes lettres.**

A) Médicament de la liste I (tableau A) :

**Un cadre blanc entouré d'un filet rouge avec les mêmes indications que pour la liste "Stupéfiants".**

B) Médicaments de la liste II (tableau C) :

**Un cadre blanc entouré d'un filet vert, une bande rouge, placée sous le cadre sus indiqué, et avec les mêmes indications que pour la liste "Stupéfiants".**

**Quel que soit le régime des substances vénéneuses :**

- **Le dosage apparaît en chiffres**
- **L'unité de mesure ou d'activité apparaît en abréviation.**

**Les abréviations employées doivent être conformes à la réglementation internationale, en particulier : g pour gramme, mg pour milligramme, µg pour un micro gramme. La solution retenue doit conduire à un libellé exact et lisible, sans confusion possible, particulièrement lorsqu'il existe plusieurs dosages d'un même médicament.**

#### **ARTICLE 23 : LISTES/APPARTENANCES**

Le régime des substances vénéneuses (Listes I et II) pour chaque produit est précisé sur la liste des postes objet du présent marché.

#### **ARTICLE 24: EMBALLAGES**

Le cocontractant s'engage à utiliser pour les produits et /ou articles expédiés un emballage qui doit être notamment approprié à leur nature en mesure d'en assurer la parfaite conservation, dans les conditions propres aux transports maritimes, aérien et terrestre.

#### **ARTICLE 25 : COLISAGE**

Chaque colis doit être individualisé et comporter d'une manière apparente et indélébile les indications suivantes :

- Nom et adresse de l'Etablissement public de santé,
- Nom du cocontractant,
- Désignation du produit,
- Numéro du bon de commande,
- Nombre d'unités de conditionnement par colis,
- Numéro de fabrication du lot,
- Le poids brut,
- Le poids net,
- Date de fabrication,
- Date de péremption,
- Origine des produits.

Chaque colis doit contenir le même produit (sauf pour les livraisons en vrac) et comporter obligatoirement les idéogrammes d'usage.

A l'intérieur de chaque colis il sera procédé à un regroupement des unités de conditionnement par groupe de 10,12 ou 20 unités selon l'option la meilleure.

Ce regroupement consistera à placer sous un matériau de conditionnement approprié à la nature des produits (papier cellophane renforcé ou autre) les paquets sous multiples du colis considéré.

Le matériau utilisé doit permettre, en tout état de cause, une identification aisée du contenu.

Dans la mesure où le matériau utilisé n'assure pas une transparence visuelle, il sera procédé au collage reprenant les caractéristiques suivantes :

- a) Désignation du produit et identification du cocontractant ;
- b) Forme et dosage pour les médicaments ;

c) Nombre d'unités par paquet ;

d) Numéro du lot, date de fabrication et de péremption pour les produits à durée de vie ;

Toute détérioration des marchandises du fait de l'insuffisance de l'emballage est assimilée à un défaut de livraison et engage la responsabilité du cocontractant.

#### **ARTICLE 26 : CAUTION DE BONNE EXECUTION**

**Le partenaire cocontractant est tenu de constituer une caution de bonne exécution du marché auprès d'une banque de droit algérien ou la caisse des garanties des marchés publics.**

Le montant de cette caution est fixé à **5%** du montant maximum du marché en TTC. La caution de bonne exécution sera transformée en caution de garantie à la réception provisoire.

Cette caution doit être émise au plus tard quinze (15) jours après la date de notification du marché et avant le commencement de l'exécution des livraisons.

La main levée sur cette caution doit intervenir dans un délai d'un mois après la réception définitive de la dernière tranche de livraison du présent marché.

#### **ARTICLE 27 : CAS DE FORCE MAJEURE**

A/ Définition :

Par force majeure, il est entendu toute circonstance indépendante de la volonté des parties, considérée comme imprévisible, irrésistible au sens de la loi et de la jurisprudence algérienne, survenue postérieurement à la date d'effet du marché et faisant obstacle à son exécution normale.

B/ Mise en œuvre :

La partie désireuse de se prévaloir d'un cas de force majeure devra le notifier par écrit à l'autre partie dans un délai de sept (07) jours à compter de sa survenance en précisant la nature de l'événement et les dispositions prises pour parer à l'impact de ses effets sur l'exécution des obligations contractuelles.

#### **ARTICLE 28 : CONDITIONS DE RESILIATION**

En cas d'une inexécution de ses obligations, le cocontractant est mis en demeure par le service contractant d'avoir à remplir ses obligations contractuelles dans un délai déterminé.

Faute de remédier à la carence qui lui est imputable dans un délai fixé par la mise en demeure, le service contractant peut unilatéralement, procéder à la résiliation du marché.

Le service contractant ne peut se voir opposer la résiliation du marché lors de la mise en œuvre par ses soins, des clauses contractuelles de garantie et des poursuites tendant à la réparation du préjudice qu'il a subi par la faute du cocontractant.

Outre, la résiliation unilatérale visée ci-dessus, il peut être également procédé à la résiliation contractuelle du marché dans les conditions expressément prévues à cet effet conformément aux articles 99 et 100 du décret présidentiel n°02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété.

#### **ARTICLE 29 : AVANCES**

Aucune avance n'est prévue au titre du présent marché.

#### **ARTICLE 30 : NANTISSEMENT**

En vue d'un éventuel nantissement du marché, il sera remis au cocontractant conformément à l'article 97 du décret présidentiel n°02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété, un exemplaire du marché revêtu d'une mention spéciale indiquant que cette pièce formera titre en cas de nantissement. Sont désignés comme :

- Comptable assignataire :.....
- Fonctionnaire chargé de fournir les renseignements :.....

#### **ARTICLE 31 : REGLEMENT DES LITIGES**

Les litiges nés à l'occasion de l'exécution du marché sont réglés dans le cadre des dispositions réglementaires et législatives en vigueur notamment l'article 102 du décret présidentiel n° 02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété.

Les deux parties doivent rechercher préalablement une solution amiable aux litiges chaque fois que celle-ci le permet.

A défaut de règlement à l'amiable, le litige sera porté devant la juridiction administrative territorialement compétente.

Le partenaire cocontractant peut introduire avant toute action en justice, un recours auprès de la commission nationale des marchés qui donne lieu dans les trente jours à compter de son introduction à une décision.

**ARTICLE 32 : ELECTION DE DOMICILE**

Pour l'exécution de son marché le cocontractant fait élection de son domicile à l'adresse suivante :

.....

**ARTICLE 33 : AVENANT**

Toute modification du présent marché fera l'objet d'un avenant conformément aux dispositions des articles 89 à 93 du décret présidentiel n°02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété.

**ARTICLE 34 : DROITS DE TIMBRE ET DROITS D'ENREGISTREMENT**

Le présent marché est dispensé des droits de timbre et des droits d'enregistrement en application de l'ordonnance n°76-103 du 9 décembre 1976 portant code du timbre, modifiée et complétée, et de l'ordonnance n° 76-105 du 09 décembre 1976 portant Code de l'enregistrement, modifiée et complétée.

**ARTICLE 35 : CLAUSE DE PRINCIPE**

Toute clause insérée dans le présent marché ou dans les documents auxquels il se réfère et qui serait contraire aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, est considérée comme nulle et de nul effet.

**ARTICLE 36 : ENTREE EN VIGUEUR**

Le présent marché à commandes entrera en vigueur aux conditions suivantes :

- Son visa par les organes de contrôle réglementaires compétents ;
- sa signature par les deux parties
- sa notification au cocontractant.

Fait à .....le.....

**Le cocontractant**

**Le service contractant**

## **ANNEXES**

- 1) Lettre de soumission
- 2) Déclaration à souscrire
- 3) Délégation de pouvoir
- 4) Bordereau des prix unitaires
- 5) Devis quantitatif et estimatif

## **LETTRE DE SOUMISSION**

Etablie en conformité avec les dispositions de l'article 45 du décret présidentiel n° 02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics, modifié et complété.

Je soussigné (nom et prénom):.....

Profession : .....

Demeurant à :.....

Agissant au nom et pour le compte de : .....

Inscrit au registre de commerce : .....

Après avoir pris connaissance du projet de marché relatif à

Et après avoir pris connaissance des pièces du projet de marché et après avoir apprécié à mon point de vue et sous ma responsabilité, la nature et la difficulté de la prestation à exécuter ;

Remets, revêtus de ma signature, un bordereau des prix et un devis estimatif établis conformément au cadre figurant au dossier du projet de marché ;

Me soumetts et m'engage envers :..... à exécuter les prestations conformément aux conditions des cahiers des prescriptions spéciales et techniques pour un montant :

**Minimum en DATTC** : .....

En chiffres :.....

En lettres :.....

**Maximum en DA TTC** : .....

En chiffres :.....

En lettres :.....

Le service contractant se libérera des sommes dues par lui en faisant donner crédit au compte bancaire ou postal suivant :.....

J'affirme sous peine de résiliation de plein droit du marché ou de sa mise en régie au torts exclusifs du: ..... que ladite société ne tombe pas sous le coup des interdictions édictées par la législation et la réglementation en vigueur ;

Je certifie, sous peine de l'application des sanctions prévues par l'article 216 de l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant code pénal, modifiée et complétée, ainsi que et les dispositions de l'ordonnance n° 03-03 du 17/07/2003 relative à la concurrence, modifiée et complétée, que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Fait à....., le.....

**Le Soumissionnaire**  
**(Cachet et signature)**



## DECLARATION A SOUSCRIRE

- 1- Dénomination de la société ou raison sociale : .....
- 2- Adresse du siège social : .....
- 3- Forme juridique de la société : .....
- 4- Montant du capital social : .....
- 5- Numéro et date d'inscription au registre de commerce : .....
- 6- Nom, prénom, nationalité, date et lieu de naissance du ou des responsables statutairement habilités pour engager la société à l'occasion du marché.....
- 7- Wilaya où seront exécutées les prestations faisant l'objet du contrat: .....
- 8 - Existe-t-il des privilèges et nantissement inscrits à l'encontre de la société au greffe du tribunal, section commerciale : .....
- 9- Le déclarant a-t-il été condamné en application de la loi n°04-02 du 23 juin 2004 fixant les règles applicables aux pratiques commerciales et de l'ordonnance n°03-03 du 19 juillet 2003 relative à la concurrence, modifiée et complétée : .....
- 10- La société est-elle en liquidation ou en règlement judiciaire :

Dans l'affirmative :

- i) Date du jugement déclaratif de liquidation ou de règlement judiciaire:.....
  - ii) Dans quelles conditions la société est-elle autorisée à poursuivre son activité: (indiquez le nom et l'adresse du liquidateur ou de l'administration chargée du règlement judiciaire) :.....
- 11- Le déclarant atteste que la société n'est pas en faillite :.....
  - 12- Nom, prénom, qualité, date de naissance et nationalité du signataire de la déclaration : .....
  - 13- Nom et prénom : J'affirme sous peine de résiliation de plein droit du marché ou de sa mise en régie aux torts de l'entreprise, que la dite société ne tombe pas sous le coup des interdictions édictées par la législation et la réglementation en vigueur.
  - 14- Je certifie sous peine de l'application des sanctions prévues par l'article 216 de l'ordonnance n°66-156 du 08 juin 1966 portant code pénal, ainsi que les dispositions de l'ordonnance n°03-03 du 19 juillet 2003 relative à la concurrence, modifiée et complétée, que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Fait à..... le.....

**Le Soumissionnaire**

**(Cachet et signature)**

**DELEGATION DE POUVOIR**

Je soussigné :

**NOM** : .....

**PRENOM** : .....

**QUALITE** : .....

**STATUT DE L'ENTREPRISE** : .....

**ADRESSE EXACTE DU SIEGE SOCIAL** : .....

Donne pouvoir à :

**NOM** : .....

**PRENOM** : .....

**DATE DE NAISSANCE** : .....

**LIEU DE NAISSANCE** : .....

**NATIONALITE** : .....

**QUALITE** : .....

à l'effet de signer tous documents contractuels avec le CHU/EHS/....., dans le cadre du présent appel d'offres national restreint pour la fourniture de médicaments.

**Fait à.....le.....**

**(Nom, Qualité du signataire, signature et cachet de l'entreprise)**

**BORDEREAU DES PRIX UNITAIRES\***

Désignation des produits par DCI	Désignation produit par spécialité et selon conditionnement	Prix unitaire en toutes lettres (DA) par unité thérapeutique (amp, comp, gel, flacon) Hors taxe	Prix unitaire en chiffres (DA) par unité thérapeutique (amp, comp, gel flacon) Hors taxe	T VA

\* Tableau à remplir selon les lots faisant l'objet de la soumission

(Nom, qualité du signataire, signature et cachet)



**III – CAHIER DES PRESCRIPTIONS  
TECHNIQUES**

## CARACTERISTIQUES GENERALES DES MEDICAMENTS

### **ARTICLE 1<sup>er</sup> : DESIGNATION DES PRODUITS**

Les médicaments figurant sur la liste des produits à acquérir sont indiqués selon leur dénomination commune internationale (DCI).

### **ARTICLE 2 : CARACTERISTIQUES DES PRODUITS**

Les médicaments à fournir sont des produits ayant fait l'objet d'un enregistrement conformément à la réglementation en vigueur ou de l'octroi d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) délivrée par les services compétents du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH.).

Leur conditionnement et leurs spécifications techniques doivent être conformes aux caractéristiques figurant sur leur décision d'enregistrement.

### **ARTICLE 3 : QUANTITES**

Les quantités indiquées en annexe sont proposées avec un minimum et un maximum pour une année avec une majoration estimée en fonction des consommations enregistrées.

Les candidats intéressés peuvent soumissionner pour un ou plusieurs lots.

Les candidats peuvent proposer des variantes concernant le dosage et le conditionnement lot par lot, et fournir en plus de leur proposition leur catalogue et tarif pour l'ensemble de leur gamme, toutefois, ces variantes ne seront prises en considération que si aucune offre pour le lot concerné n'est faite selon les dosages et les conditionnements demandés dans le cahier des charges.

Des produits spécifiques non prévus dans les listes de produits annexées au présent cahier des charges, peuvent faire l'objet, à titre exceptionnel, de commandes complémentaires en raison de besoins exprimés en cours d'année. Afin de pouvoir évaluer, le cas échéant, ces besoins et engager les commandes nécessaires, les soumissionnaires sont invités à fournir, à titre indicatif, les prix unitaires par ligne des produits destinés au traitement de certaines pathologies dont la liste est jointe en annexe.

### **ARTICLE 4: CONDITIONNEMENT**

Sauf autorisation des services compétents du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, le conditionnement interne et externe du médicament doit être libellé obligatoirement en langue nationale et en langue française et comporter :

- La raison sociale et l'adresse du fabricant
- La dénomination commune internationale (D.C.I) ; tous les emballages internes et externes doivent porter la dénomination commune internationale spécifiée dans les annexes du présent marché ;
- Le numéro d'enregistrement ou de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ;
- Le numéro du lot et date de péremption ; les numéros des lots et la date de péremption doivent être indiqués en clair (Exemple : Lot n° 0117 Septembre 05 sur les emballages primaires et secondaires ainsi que sur les emballages externes).
- La date de fabrication : La date de fabrication doit être indiquée en claire (Ex. Juillet / 05).
- Les autres indications :
  1. La forme pharmaceutique ;
  2. La formule centésimale détaillée avec indication précise des substances actives ;
  3. La présentation (flacon, blister ....) ;
  4. La teneur en principe actif par unité de prise et par unité de conditionnement ;
  5. Les conditions particulières de stockage et de conservation.

En outre, une notice doit accompagner chaque unité de vente. Cette notice, rédigée dans les langues sus indiquées, doit notamment comporter :

4. **Les indications et la posologie ;**
5. **Les contre-indications ;**
6. **Les effets indésirables.**

**Les mentions nécessaires au bon usage du médicament : forme pharmaceutique, voie d'administration, dilution, précaution d'emploi (par exemple : forme orale, à croquer...) et plus particulièrement pour les formes injectables (voie d'administration, dilution, précaution d'emploi) doivent être lisibles et rédigées en toutes lettres .**

A) Médicament de la liste I (tableau A)

**Un cadre blanc entouré d'un filet rouge avec les mêmes indications que pour la liste "Stupéfiants".**

B) Médicaments de la liste II (tableau C)

**Un cadre blanc entouré d'un filet vert, une bande rouge, placée sous le cadre sus indiqué, et avec les mêmes indications que pour la liste "Stupéfiants".**

**Quel que soit le régime des substances vénéneuses :**

- **Le dosage apparaît en chiffres**
- **L'unité de mesure ou d'activité apparaît en abréviation.**

**Les abréviations employées doivent être conformes à la réglementation internationale, en particulier : g pour gramme, mg pour milligramme, µg pour un micro gramme. La solution retenue doit conduire à un libellé exact et lisible, sans confusion possible, particulièrement lorsqu'il existe plusieurs dosages d'un même médicament.**

#### **ARTICLE 5: LISTES/APPARTENANCES**

Le régime des substances vénéneuses (Listes I et II) pour chaque produit est précisé sur la liste des postes faisant l'objet du marché.



#### **ARTICLE 6: EMBALLAGES**

Le cocontractant s'engage à utiliser pour les produits et /ou articles expédiés un emballage qui doit être notamment approprié à leur nature en mesure d'en assurer la parfaite conservation, dans les conditions propres aux transports maritime, aérien et terrestre.

#### **ARTICLE 7 : COLISAGE**

Chaque colis doit être individualisé et comporté d'une manière apparente et indélébile les indications suivantes :

- Nom et adresse de l'Etablissement public de santé,
- Nom du cocontractant,
- Désignation du produit,
- Numéro du bon de commande,
- Nombre d'unités de conditionnement par colis,
- Numéro de fabrication du lot,
- Le poids brut,
- Le poids net,
- Date de fabrication,
- Date de péremption,
- Origine des produits.

Chaque colis doit contenir le même produit (sauf pour les livraisons en vrac) et comporter obligatoirement les idéogrammes d'usage.

Chaque colis doit contenir le même produit, la même date de limite d'utilisation, le cas échéant, il doit comporter les instructions particulières de manutention.

A l'intérieur de chaque colis il sera procédé à un regroupement des unités de conditionnement par groupe de 10,12 ou 20 unités selon l'option la meilleure.

Ce regroupement consistera à placer sous un matériau de conditionnement approprié à la nature des produits (papier cellophane renforcé ou autre) les paquets sous multiplies du colis considéré.

Le matériau utilisé doit permettre, en tout état de cause, une identification aisée du contenu.

Dans la mesure où le matériau utilisé n'assure pas une transparence visuelle, il sera procédé au collage reprenant les caractéristiques suivantes :

- e) Désignation du produit et identification du cocontractant ;
- f) Forme et dosage pour les médicaments ;
- g) Nombre d'unités par paquet ;
- h) Numéro du lot, date de fabrication et de péremption pour les produits à durée de vie ;

Toute détérioration des marchandises du fait de l'insuffisance de l'emballage est assimilée à un défaut de livraison et engage la responsabilité du cocontractant.

**LISTE DES PRODUITS SELON LEUR DCI ET LEUR CARACTERISTIQUES PAR POSTE\***

**Liste des lots par classe thérapeutique**

**Classe 01 : Allergologie**

<b>N° de lot</b>	<b>Désignation Commune Internationale (DCI) Forme et dosage</b>
1	
2	
3	
X	

**Classe 02 : Anesthésiologie**

<b>N° de lot</b>	<b>Désignation Commune Internationale (DCI) Forme et dosage</b>
1	
2	
3	
X	

-  
-  
-  
--

**Classe 26 : Divers**

**\*Chaque ligne de chaque classe thérapeutique est un poste**

## LES QUANTITES

### Liste des lots quantifiés par classe thérapeutique

#### Classe 01 : Allergologie

N° de lot	Désignation Commune Internationale (DCI) Forme et dosage	Prévision Minimale (par unité thérapeutique : Amp, comp, gel, flacons)	Prévision Maximale (par unité thérapeutique : Amp, comp, gel, flacons)
1			
2			
3			
X			

#### Classe 02 : Anesthésiologie

N° de lot	Désignation commune Internationale (DCI) Forme et dosage	Prévision Minimale (par unité thérapeutique : Amp, comp, gel, flacons)	Prévision Maximale (par unité thérapeutique : Amp, comp, gel, flacons)
1			
2			
3			
X			

#### Classe 03 : .....

## Arrêté n°387 du 31 juillet 2006 relatif aux essais cliniques

Le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

- Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment ses articles 178, 168/2, 168/3 et 168/4 ;
- Vu l'ordonnance n°95-07 du 23 Châabane 1415 correspondant au 25 janvier 1995 relative aux assurances ;
- Vu le décret exécutif n°93-53 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du Ministère de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996, fixant les attributions du Ministre de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°05-428 du 5 Choual 1426 correspondant au 7 novembre 2005 portant organisation de l'administration du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;
- Vu le décret présidentiel n°06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu l'arrêté n°112/MSP/MIN du 22 octobre 1995 fixant les bonnes pratiques cliniques ;
- Vu l'arrêté n°44 du 21 septembre 1998 portant formulaire de déclaration d'intention pour l'essai d'un médicament ou d'un produit assimilé.
- Vu l'arrêté n°48 du 07 octobre 1998 relatif au formulaire de déclaration d'un effet grave susceptible d'être du à une recherche biomédicale sur un médicament ou un produit pharmaceutique ;
- Vu l'arrêté n°67 du 06 décembre 1998 portant création de l'unité des essais cliniques.

### Arrête

#### Chapitre 1 : Objet – définitions

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de définir les conditions dans lesquelles s'effectuent les essais cliniques sur l'être humain.

**Article 2** : On entend par essai clinique toute investigation menée sur des sujets humains en vue de découvrir ou de vérifier des effets cliniques et pharmacologiques d'un produit pharmaceutique, d'identifier toutes réactions indésirables afin d'en évaluer l'efficacité et la sécurité.

L'essai clinique porte notamment sur :

- les essais thérapeutiques, diagnostics et préventifs ;
- les études observationnelles ;
- les études de bioéquivalence.

**Article 3** : Un essai clinique est dit :

- avec bénéfice individuel direct (BID) lorsque les patients inclus dans l'essai profitent directement d'un éventuel bénéfice thérapeutique pour la prise en charge de leur pathologie.
- Sans bénéfice individuel direct (SBID) lorsque les sujets sains inclus dans l'essai ne tirent aucun bénéfice thérapeutique direct.

**Article 4** : Les essais cliniques nécessitent des promoteurs, et/ou des organismes de recherche dénommés contract research organization (CRO) et des investigateurs.

**Article 5** : On entend par promoteur toute personne physique ou morale qui prend l'initiative d'un essai clinique.

On entend par « contract research organization » (CRO) toute société de prestation de service dans le domaine des essais cliniques. Cette société est assimilée à un promoteur.

On entend par investigateur tout praticien généraliste ou spécialiste qui dirige et surveille la réalisation de l'essai clinique.

**Article 6** : Les termes et concepts couramment utilisés dans le domaine des essais cliniques sont définis dans le glossaire joint en annexe A du présent arrêté

#### Chapitre 2 : dispositions générales

**Article 7** : Les sociétés de prestation de services dans le domaine des essais cliniques sont agréées par le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 8** : Tout promoteur d'un essai clinique sur l'être humain doit déclarer son intention de réaliser celui-ci, au Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière qui lui délivre une autorisation à cet effet.

La déclaration d'intention est formulée conformément au formulaire joint en annexe B du présent arrêté.

Le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière peut, à tout moment, demander au promoteur des informations complémentaires sur l'essai clinique. Il peut également, à tout moment, suspendre ou interdire un essai clinique.

**Article 9** : Aucun essai clinique ne peut être effectué sur l'être humain :

- s'il ne se fonde pas sur le dernier état de la recherche clinique, des connaissances scientifiques et sur une expérimentation pré clinique suffisante ;
- si le rapport bénéfice / risque prévisible n'est pas au profit du sujet inclus à la recherche.

**Article 10** : Les essais cliniques ne peuvent être effectués que :

- sous la direction et sous la surveillance d'un médecin justifiant d'une expérience appropriée ;
- dans des conditions matérielles et techniques adaptées à l'essai clinique et compatibles avec les impératifs de rigueur scientifique et de sécurité des personnes qui se prêtent à cet essai ;

**Article 11** : Tout effet grave susceptible d'être du à une recherche sur un produit pharmaceutique doit être déclaré par le promoteur, au Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, conformément au formulaire joint en annexe D du présent arrêté.

**Article 12** : Les mineurs et les personnes admises dans un établissement sanitaire ou social ne peuvent être sollicités pour un essai clinique que si l'on peut en attendre un bénéfice direct pour leur santé.

Les femmes enceintes et les mères qui allaitent peuvent être admises exceptionnellement aux essais cliniques si elles n'encourent aucun risque sérieux prévisible pour leur santé ou celle de leur enfant et que cette recherche soit utile à la connaissance des phénomènes de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement et si elle ne peut être réalisée autrement.

**Article 13** : Les personnes ne pouvant se prêter aux essais cliniques sont :

- les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative ;
- les malades en situation d'urgence et les personnes hospitalisées sans consentement.

**Article 14** : Pour les essais cliniques sans bénéfice individuel direct, le promoteur assume, même sans faute, l'indemnisation des conséquences dommageables de l'essai pour la personne qui s'y prête et celle de ses ayants droit, sans que puisse être opposé le fait d'un tiers ou le retrait volontaire de la personne qui avait initialement consenti à se prêter à cet essai.

Pour les essais cliniques avec bénéfice individuel direct, le promoteur assume l'indemnisation des conséquences dommageables de l'essai pour la personne qui s'y prête et celle de ses ayants droit, sauf preuve à sa charge que le dommage n'est pas imputable à sa faute ou à celle de tout intervenant sans que puisse être opposé le fait d'un tiers ou le retrait volontaire de la personne qui avait initialement consenti à se prêter à l'essai clinique.

**Article 15 :** Le promoteur est tenu de souscrire une assurance garantissant sa responsabilité civile pour l'activité qu'il entreprend.

**Article 16 :** L'essai clinique ne donne lieu à aucune contrepartie financière directe ou indirecte pour les personnes qui s'y prêtent, hormis le remboursement des frais engagés par la personne qui se prête à l'essai clinique.

**Article 17 :** La réalisation de tout essai clinique fait l'objet d'une convention financière passée entre le promoteur et l'investigateur. Le promoteur passe une convention financière avec l'établissement dans le cas où l'essai clinique engendre des surcoûts.

**Article 18 :** Les moyens financiers mis à la disposition de l'investigateur doivent être investis, entre autre, pour l'acquisition de matériels et d'équipements pour le service où se déroule l'essai clinique.

**Article 19 :** Les procédures déterminant les normes et méthodes applicables à l'expérimentation des produits pharmaceutiques sont fixées par arrêté du Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 20 :** Les essais cliniques doivent être réalisés en conformité avec les règles de bonnes pratiques de laboratoire et les règles de bonnes pratiques cliniques.

### **Chapitre 3 : Du consentement de la personne**

**Article 21 :** Préalablement à la réalisation d'un essai clinique sur une personne, le consentement libre, éclairé et exprès de celle-ci doit être recueilli après que l'investigateur lui a fait connaître :

- l'objectif de l'essai, sa méthodologie et sa durée ;
- les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles y compris en cas d'arrêt de l'essai avant son terme.

**Article 22 :** L'investigateur doit informer la personne dont le consentement est sollicité, de son droit de refuser de participer à une recherche ou de retirer son consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité.

**Article 23 :** Le consentement est donné par écrit ou, en cas d'impossibilité, il est attesté par un tiers. Ce dernier doit être totalement indépendant de l'investigateur et du promoteur.

### **Chapitre 4 : De la protection des personnes se prêtant aux essais cliniques**

**Article 24 :** Tout projet d'essai clinique doit être soumis par le promoteur à l'avis préalable du comité d'éthique pour les essais cliniques créés à l'article 25 ci-dessous.

Le comité d'éthique pour les essais cliniques dispose d'un délai d'un mois, à compter de la date de réception du projet pour donner son avis.

**Article 25 :** Le Ministre chargé de la santé crée, dans chaque région sanitaire, un ou plusieurs comité(s) d'éthique pour les essais cliniques.

Les comités d'éthique pour les essais cliniques ont leur siège au sein des établissements publics de santé.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement des comités d'éthique pour les essais cliniques sont fixées par instruction.

**Article 26 :** Le comité d'éthique pour les essais cliniques est un organe indépendant, il est composé de huit (08) personnes :

- cinq (05) médecins dont un généraliste ;
- un pharmacien ;
- un technicien supérieur de la santé ;
- un juriste ;
- un représentant des associations de malades.

Le comité d'éthique pour les essais cliniques peut faire appel à toute personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

**Article 27 :** Le comité donne son avis sur les conditions de validité de la recherche au regard de la protection des personnes notamment leur information avant et pendant la durée de la recherche et sur les modalités de recueil de leur consentement, les indemnités éventuellement dues, la pertinence générale du projet et l'adéquation entre les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ainsi que la qualification du ou des investigateurs.

**Article 28 :** Le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière peut dissoudre un comité d'éthique pour les essais cliniques si les conditions d'indépendance, de composition ou de fonctionnement nécessaires pour assurer sa mission ne sont plus réunies.

**Article 29 :** Les activités des comités d'éthique pour les essais cliniques sont supervisés par l'unité de contrôle des essais cliniques rattachée à la direction de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

### **Chapitre 5 : Dispositions particulières aux essais cliniques sans bénéfice individuel direct (SBID)**

**Article 30 :** Les essais cliniques sans bénéfice individuel direct ne doivent comporter aucun risque prévisible sérieux pour la santé des personnes qui s'y prêtent. Ils doivent être précédés d'un examen médical des personnes concernées. Les résultats de cet examen leur sont communiqués préalablement à l'expression de leur consentement.

**Article 31 :** Dans le cas d'un essai clinique sans bénéfice individuel direct à l'égard des personnes qui s'y prêtent, le promoteur peut verser à ces personnes une indemnité en compensation des contraintes subies.

**Article 32 :** Le nombre d'essai clinique sans bénéfice individuel direct auquel peut participer un volontaire ne peut dépasser trois (03) par an.

**Article 33 :** Nul ne peut se prêter simultanément à plusieurs recherches biomédicales.

**Article 34 :** Les essais cliniques effectués sur des mineurs ne peuvent en aucun cas donner lieu au versement de l'indemnité prévue à l'article 31 ci-dessus.

**Article 35 :** Les essais cliniques sans bénéfice individuel direct ne peuvent être réalisés que dans structures agréées par le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 36 :** Les essais sans finalité thérapeutique sont soumis à l'avis préalable du Conseil National de l'Ethique des Sciences de la Santé.

### **Chapitre 6 : Dispositions diverses et finales**

**Article 37 :** Le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière tient un registre national de déclaration des essais cliniques conformément au modèle joint en annexe C du présent arrêté.

**Article 38 :** Les dispositions des arrêtés n°44 du 21 septembre 1998 et n°48 du 7 octobre 1998 susvisés, sont abrogées.

**Article 39 :** Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.

**Arrêté n° 388 du 31 juillet 2006 fixant les procédures de réalisation d'un essai clinique**

- Vu le décret exécutif n°93-53 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du Ministère de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996, fixant les attributions du Ministre de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°05-428 du 5 Choual 1426 correspondant au 7 novembre 2005 portant organisation de l'administration du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;
- Vu le décret présidentiel n°06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu l'arrêté n°387 du 31 juillet 2006 relatif aux essais cliniques.

**Arrête**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de fixer les procédures de réalisation d'un essai clinique.

**Article 2** : La demande de réalisation d'un essai clinique peut émaner :

- des laboratoires pharmaceutiques ;
- des praticiens médicaux dans le cadre de la recherche ;
- des autorités administratives dans le cadre d'enregistrement d'un produit pharmaceutique ;
- des institutions de recherche dans le cadre de projet de recherche ;
- des sociétés de prestation de service dans le domaine des essais cliniques.

**Article 3** : Le demandeur d'essai clinique dépose un dossier au niveau de la direction chargée de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, comportant les pièces suivantes :

- la déclaration d'intention de réaliser un essai clinique conformément au formulaire établi à cet effet ;
- le protocole d'essai clinique tel que prévu à l'article 7 ci-dessous ;
- le cahier d'observation ;
- la brochure de l'investigateur ;
- une copie du contrat d'assurance en responsabilité civile souscrit par le promoteur ;
- une copie de la convention financière passée entre le promoteur et l'investigateur.

Les documents ci-dessus doivent être déposés en double exemplaire.

Le dossier doit être déposé au moins deux mois avant la date prévue du début de l'essai.

**Article 4** : La direction chargée de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière a un délai de trois mois au maximum, à compter du dépôt du dossier mentionné à l'article 3 ci-dessus, pour délivrer l'autorisation de réalisation de l'essai clinique, au demandeur.

**Article 5** : La demande de réalisation d'un essai clinique peut être rejetée dans les cas suivants :

- lorsque le dossier est incomplet ;
- lorsque le comité d'éthique pour les essais cliniques a émis un avis défavorable ;
- lorsque le protocole d'essai clinique ne respecte pas les principes méthodologiques décrits dans les bonnes pratiques cliniques ;
- lorsque le lieu de réalisation de l'essai clinique ne répond pas aux conditions appropriées à l'essai clinique telle que définies par instruction du Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 6** : Le promoteur désigne un investigateur pour diriger et surveiller la réalisation de l'essai clinique.

En cas d'essai clinique multicentrique, le promoteur confie la réalisation de l'essai à plusieurs investigateurs, il désigne parmi eux un investigateur principal appelé investigateur coordonnateur.

**Article 7** : L'essai clinique fait l'objet d'un protocole qui est signé par l'investigateur après qu'il ait manifesté son accord.

**Article 8** : L'investigateur doit informer le promoteur de tout événement critique survenant au cours de l'essai clinique.

Dans le cas où cet événement entraîne une modification significative du protocole d'essai clinique, celle-ci doit être notifiée au comité d'éthique pour les essais cliniques.

**Article 9** : L'investigateur et son équipe doivent demeurer disponible pendant toute la durée de l'essai clinique.

L'investigateur doit informer le directeur de l'établissement hospitalier où se déroule l'essai clinique, avant le démarrage de celui-ci.

**Article 10** : Lorsque les produits objet de l'essai clinique n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché en Algérie, une autorisation pour leur dédouanement est délivrée par la direction chargée de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 11** : Lorsqu'il reste des produits à la fin de l'essai clinique, la direction de la pharmacie délivre une autorisation pour leur destruction.

**Article 12** : A la fin de l'essai clinique, le promoteur doit transmettre à la direction chargée de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière un rapport sur le déroulement de l'essai et les résultats obtenus.

**Article 13** : La réalisation d'une étude de bioéquivalence ou de biodisponibilité est soumise à la même procédure que l'essai clinique.

**Article 14** : Pour la réalisation d'une étude observationnelle, le promoteur doit seulement déposer au niveau de la direction chargée de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, le protocole d'essai clinique et le formulaire de déclaration d'intention de réalisation d'essai clinique établi à cet effet.

**Article 15** : Le présent arrêté est publié au bulletin officiel du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**ANNEXE B**  
**DECLARATION D'INTENTION DE REALISATION D'ESSAI**  
**D'UN PRODUIT PHARMACEUTIQUE**

Date de déclaration \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

1. Promoteur  
(nom ou dénomination et adresse)

Enregistrement par l'administration  
Numéro :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Cachet

2. Titre de l'essai

3. Objectif

4. Recherche avec bénéfice individuel direct :      oui              non

5. Phase d'expérimentation clinique (I, Iia, Iib, III, IV) :

6. Essai :

Contrôlé :	multicentrique :	international :
Randomisé :	simple insu :	double insu :
Croisé :	groupes parallèles :	ouvert :

7. Etude observationnelle : /\_\_\_\_/

Pharmacovigilance /\_\_\_\_/

Pharmaco épidémiologie /\_\_\_\_/

Cohorte /\_\_\_\_/

Autre , à préciser

Prévalence /\_\_\_\_/

Pharmaco économie /\_\_\_\_/

cas -témoins /\_\_\_\_/

8. Etude de bioéquivalence : /\_\_\_\_/

9. Date prévue pour le début de la recherche : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

10. Durée prévue :



**MEDICAMENT OU PRODUIT ETUDE**

(Si l'essai porte sur plusieurs médicaments ou produits, utiliser une page pour chacun d'entre eux)

11. Dénomination spéciale :
12. Nom de code :
13. Dénomination scientifique et D.C.I du (des) principe(s) actif(s) :
14. Forme pharmaceutique (pharmacopée) :
15. Composition qualitative et quantitative (en utilisant les dénominations communes internationales) :
16. Principe actif nouveau :    oui                      non
17. Posologie :
18. Fabricant(s) (nom)(s)ou dénomination(s)et lieu(x)de fabrication) :
19. D.E ou A.M.M. :  
-Algérie : oui    non    refus            suspension            retrait  
-Etranger (citer les principaux pays) :

**MEDICAMENT OU PRODUIT DE REFERENCE**

20. Dénomination spéciale :
21. Dénomination scientifique (pharmacopée) :
22. Forme pharmaceutique (pharmacopée) :
23. Composition qualitative et quantitative en principe actifs (en utilisant les dénominations communes internationales) :
24. Posologies :
25. Fabricant(s) (nom(s) ou dénomination(s) et lieu(x) de fabrication) :

**PLACEBO**

26. Forme pharmaceutique (pharmacopée)
27. Fabricant(s) (nom(s) ou dénomination(s)et lieu(x) de fabrication) :

**INVESTIGATEUR (S)**

<b>28.Nom(s) et Prénom(s)</b>	<b>31. Quantité</b>	<b>32. Lieu de réalisation</b>

**PERSONNES SE PRETANT A LA RECHERCHE**

29. Nombre prévu de personnes :
30. Indication thérapeutique :
31. Principaux critères d'inclusion :
32. Durée du traitement ou de la participation par personne :

**COMITE D'ETHIQUE**

33. Comité (nom et adresse) :
34. Avis favorable :  
Avis défavorable :
35. Date de l'avis :

**ASSURANCE**

36. Entreprise d'assurance (nom ou dénomination) :
37. Numéro du contrat souscrit :

**Adresser 3 exemplaires de la présente déclaration à la DPHM**

## **ANNEXE A** **Glossaire**

### **Amendement**

Texte modifiant une disposition d'un protocole de recherche clinique déjà approuvé par un comité d'éthique. L'investigateur principal de l'essai envoie l'amendement au comité d'éthique.

Deux possibilités :

- l'amendement ne modifie pas profondément le protocole. Dans ce cas, le comité d'éthique est informé mais ne donne pas d'avis ;
- l'amendement modifie profondément le protocole et les risques éventuels pour les patients. Dans ce cas, le comité d'éthique délibère et doit donner un avis (favorable ou non) sur l'amendement.

### **AMM (Autorisation de Mise sur le Marché)**

Autorisation administrative délivrée par le Directeur de la Pharmacie et des Equipements à l'établissement pharmaceutique qui souhaite mettre un médicament sur le marché algériens. Le Directeur de la Pharmacie et des Equipements prend sa décision en suivant les avis du comité des experts cliniciens.

### **Archivage**

Tous les documents d'un essai clinique doivent être conservés pendant 15 ans après la fin de l'essai, aussi bien par les investigateurs que par le promoteur.

### **Assurance de qualité**

Système mis en place pour assurer la qualité d'un essai clinique, la fiabilité de ses résultats et le respect de l'éthique et du droit au cours de l'essai. Il inclut :

- les contrôles de qualité effectués par l'assistant de recherche clinique
- l'audit
- l'inspection réalisée par les autorités administratives compétentes

### **Audit**

Procédure d'analyse d'un essai clinique, réalisée par un auditeur indépendant de l'essai et mandaté par le promoteur afin de s'assurer de la qualité de l'essai, de la fiabilité de ses résultats et du respect au cours de l'essai de l'éthique, de la loi et des règlements en vigueur. Le rapport de l'audit est la propriété du promoteur qui a assuré la charge financière de l'audit.

### **Bénéfice individuel direct (BID)**

On dit qu'une recherche clinique est avec bénéfice individuel direct lorsque les patients inclus dans l'essai profiteront directement d'un éventuel bénéfice thérapeutique pour la prise en charge de leur pathologie.

A l'inverse, toute autre recherche clinique est dite sans bénéfice individuel direct lorsque les sujets sains ou les malades inclus dans l'essai ne tirent aucun bénéfice thérapeutique direct de la recherche à laquelle ils ont accepté de participer.

### **Bonne Pratique Clinique (BPC)**

Ensemble de dispositions qui garantissent en recherche clinique la qualité et l'authenticité des informations recueillies et le respect de la loi et des règlements garantissant les droits des personnes dans la recherche clinique.

### **Biodisponibilité**

Etude de la vitesse et le taux de libération du principe actif d'une préparation pharmaceutique, déterminés par sa courbe de concentration dans la circulation générale en fonction du temps ou par son excrétion dans les urines.

### **Bioéquivalence**

Deux médicaments sont bioéquivalents s'ils sont équivalents du point de vue pharmaceutique et si leur biodisponibilité (vitesse et taux de libération), après administration de la même dose molaire, est suffisamment voisine pour que l'on puisse s'attendre à des effets essentiellement identiques.

### **Brochure de l'investigateur :**

Se dit de l'ensemble exhaustif d'informations collectées à un moment donné sur un médicament, au stade de développement où il se trouve avant l'AMM.

La brochure de l'investigateur doit obligatoirement être donnée avant le début d'un essai clinique à tout investigateur participant à cet essai.

Le promoteur de l'essai est responsable de la rédaction et de la mise à jour régulière de la brochure (datée, signée).

### **Cahier d'observation :**

Document destiné à recueillir au fur et à mesure de l'essai, pour chaque sujet, les informations définies par le protocole. Les informations peuvent être recueillies par tout moyen garantissant l'édition et la conservation, et permettant le contrôle de qualité.

### **Confidentialité :**

La règle du secret professionnel médical s'applique à toute personne qui participe directement (médecin investigateur) ou indirectement (ARC, moniteurs, contrôleurs de qualité) à une recherche clinique.

### **Consentement éclairé :**

Acceptation libre et formellement exprimée d'une personne en vue de participer à une recherche clinique. Le consentement est dit « éclairé » lorsque la personne a reçu de la part du médecin investigateur (ou d'un médecin qui le remplace) toutes les informations concernant : les objectifs de l'essai, les bénéfices, les risques et les contraintes.

Le consentement de la personne peut être retiré à tout moment sans préjudice pour elle-même.

Le consentement est attesté par la signature par la personne d'un « formulaire de consentement » signifiant qu'elle a reçu toutes les informations qu'elle souhaitait concernant l'essai clinique.

### **Convention financière**

Contrat régissant les droits et les responsabilités financières des personnes intervenant dans une recherche clinique.

### **Protocole d'essai**

Texte rassemblant tous les éléments descriptifs d'une recherche clinique et qui précise les conditions dans lesquelles cette recherche doit être réalisée et gérée.

**Surcoût de la recherche**

Ce terme définit le coût de la recherche qui, chez un patient inclus dans un essai clinique, ne peut être imputé au budget de l'hôpital mais qui doit être pris en charge soit par le promoteur de l'essai, soit par une tierce personne qui finance la recherche. Ce coût de la recherche sera très clairement différencié du coût des soins que le patient aurait de toutes façons reçu s'il n'avait pas été inclus dans cette recherche.

**Procédures opératoires standards**

Une procédure opératoire standard (POS) présente par écrit le détail des actions à réaliser lors d'une mesure à effectuer ou d'une décision à prendre dans un protocole de recherche.

L'avantage d'une procédure opératoire standard est qu'elle incite tous les investigateurs à travailler de la même façon et qu'elle leur évite des oublis malencontreux. Toutes sortes de POS peuvent être écrites dans la recherche clinique concernant aussi bien les responsabilités du promoteur, des ARC, des investigateurs, des auditeurs et des inspecteurs. Les POS doivent être régulièrement mises à jour, datées et signées par la personne responsable de leur rédaction.

**Déclaration mensuelle des produits importés**

DCI	Nom commercial	Conditionnement	Forme et dosage	Laboratoire Fabricant	Pays d'origine	Date de fabrication	Date de péremption	N° De Lot	Quantité	Prix unitaire		PPA	Etat des stocks
										FOB	CIF		

# **Urgences Médico-Chirurgicales**

**Organisation et Fonctionnement  
de la Garde et des Urgences**

**CIRCULAIRE N° 406 / MSP / DU 20 JUIN 1988**

MM---Les Walis

- Les chefs de Divisions de la santé et de la Population
- Les Directeurs Généraux des C.H.U.
- Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés
- Les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

**OBJET :** Garde Médicale et Pharmaceutique

**REFERENCE :** Décret n° 82-491 du 18 décembre 1982, portant statut particulier des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens Dentiste, Spécialistes et Spécialistes Hospitalo-Universitaires.  
Décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques.

La garde médicale et pharmaceutique mission essentielle dans le processus de couverture et de soins médicaux, est diversement organisée par les différents établissements hospitaliers, structures sanitaires et officines pharmaceutiques et évidemment diversement perçue par les citoyens ayant eu affaire à ces services.

En effet, il est utile de rappeler que la garde médicale est d'autant plus importante qu'elle assure une pérennité de soins médicaux et pharmaceutiques de la part du corps médical et des pharmaciens; aussi les prestations offertes dans le cadre des urgences peuvent être considérées comme étant les plus nobles dans le système de santé.

Des insuffisances nombreuses constatées dans ce domaine, engageant la responsabilité et de l'établissement sanitaire et du praticien défaillant, ont été parfois justifiées par des conditions d'environnement inadéquates rendant peu crédibles ce service public

**Conditions Matérielles**

C'est ainsi que le renforcement et l'amélioration des prestations du service de garde, doivent inévitablement être favorisés par la réunion des conditions matérielles permettant aux praticiens concernés de remplir convenablement leur tour de garde.

Aussi chaque structure hospitalière ou de santé devra assurer au service de garde :

- L'aménagement des chambres
- La propreté permanente de la literie,
- Le chauffage en période de froid,
- La disponibilité des médicaments essentiels, petits matériels et produits d'urgence,
- Une hygiène irréprochable des locaux du service de garde,
- Pour la sécurité des personnels la présence effective d'administrateurs de garde, surveillants médicaux et agents de la sûreté nationale, et enfin toutes autres mesures jugées utiles.

**Organisation de la garde**

Les listes de garde devront être établies avant le début de chaque mois et visées par les directeurs des établissements et les chefs de services concernés avant de faire l'objet d'une large diffusion et d'un affichage auprès des services de garde.

Il appartient aux directeurs des activités pédagogiques et médicales des C.H.U, aux chefs de service hospitalo-universitaires et aux directeurs d'autres établissements sanitaires d'organiser un contrôle rigoureux, régulier et permanent du fonctionnement des services de garde.

Il appartient à ces responsables de prévoir les remplacements en cas de défection de dernière minute.

Parallèlement à cette organisation de contrôle interne, le chef de division de la santé et de la population et le chef de service de santé de wilaya sont tenus de veiller continuellement au respect de l'obligation d'assurer la garde dans les structures sanitaires et pharmacies relevant de leur tutelle.

Ce contrôle devra être renforcé plus particulièrement les jours fériés et durant la nuit.

Complètement indispensable de la garde médicale, le service de garde des pharmacies doit répondre aux besoins urgents en médicaments du citoyen.

L'organisation du service de garde des pharmacies et agences qui relèvent de la direction de la santé publique de wilaya, doit prendre en considération l'ouverture d'un point de vente pharmaceutique durant la nuit et les jours fériés.

J'attache la plus grande importance à l'application immédiate de ces instructions. Les directeurs généraux des C.H.U. et les chefs de divisions de la santé et de la population devront m'adresser un compte rendu quant à leur exécution.\*

\*Des sanctions sont prévues lorsqu'il y aura manquement à l'obligation d'assurer le service de garde (voir annexe).

## 1. MODALITES D'APPLICATION DES SANCTIONS DISCIPLINAIRES

Les sanctions telles que prévues par le décret n° 85-59 du 23.03.85 portant statut type des institutions et des administrations publiques s'imposent sans distinction à tout praticien qu'il soit fonctionnaire hospitalo-universitaire, fonctionnaire de santé publique ou en position de service civil. Elles sont d'application automatique.

Il est infligé :

### 1.1 Une sanction du 1<sup>er</sup> degré :

- Un avertissement écrit au praticien qui s'absente pour la première fois à la garde.
- Un blâme inscrit au dossier lorsque le praticien s'absente une deuxième fois.
- Une mise à pied de un à trois jours lorsque le praticien s'absente une troisième fois.

### 1.2 Une sanction du 2<sup>ème</sup> degré :

- La quatrième absence donne lieu à une mise à pied de quatre à huit jours.
- La radiation du tableau d'avancement pour la cinquième absence.

### 1.3 Une sanction du 3<sup>ème</sup> degré :

- Il est prononcé un déplacement d'office lorsque le praticien s'absente pour la sixième fois dans l'année.
- En cas de récurrence le licenciement peut être prononcé.

Toutefois, il est précisé que l'absence est excusée lorsque l'intéressé produit une justification de force majeure avérée.

## 2. PROCEDURES DISCIPLINAIRES

### 2.1 Pour les praticiens hospitalo-universitaires :

- La sanction du 1<sup>er</sup> degré est prononcée par décision du directeur général du C.H.U.
- Les sanctions du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degré sont prises sur rapport du directeur du C.H.U. en application des procédures réglementaires.

### 2.2. Pour les résidents :

- La sanction du 1<sup>er</sup> degré est prononcée par le chef de service et transmise au directeur général du C.H.U pour son application,
- La sanction du second degré est prise par décision du directeur général du C.H.U transmise pour information au directeur de l'institut national d'enseignement supérieur en sciences médicales en application des dispositions réglementaires.

### 2.3. Pour les praticiens exerçant dans les secteurs sanitaires :

- La sanction du 1<sup>er</sup> degré est prononcée par le directeur de l'établissement sanitaire d'affectation sans consultation préalable de la commission paritaire compétente.
- La sanction du 2<sup>ème</sup> degré est prononcée par le wali sur rapport du directeur de l'établissement sanitaire et après avis du chef de division de la santé et de la population (service de santé).
- La sanction du 3<sup>ème</sup> degré est prononcée par le Wali sur rapport de l'autorité investie du pouvoir de nomination et après avis de la commission paritaire siégeant en conseil de discipline.

### 2.4. Pour les personnels paramédicaux, administratifs et techniques :

- La sanction du 1<sup>er</sup> degré est prononcée par décision du directeur général du C.H.U. ou du directeur du secteur sanitaire.
- Les sanctions du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degré sont prises par le directeur général du C.H.U. ou le directeur du secteur sanitaire en application des procédures réglementaires.

**2.5. En plus des sanctions réglementaires prévues, il sera procédé à une retenue sur salaire au prorata de la durée de l'absence.**



## INSTRUCTION N° 26 /MSP/DSS

DU 05 FEVRIER 1989

### DESTINATAIRES MESSIEURS :

- Les Walis (Cabinet) }  
- Les Directeurs Centraux } Pour information  
- L'Inspecteur Général } et suivi
- Les Walis (D.S.P)  
- Les Directeurs Généraux des C.H.U } Pour exécution  
- Les Directeurs des secteurs sanitaires} (S/Couvert de MM. Les DSP)

### OBJET : Organisation et fonctionnement de la garde et du service d'urgence.

**REF :** Circulaire n° 406/MSP du 20 juin 1988.

L'amélioration de l'accueil et du traitement des malades amenés aux urgences dans les structures de santé est un objectif prioritaire et permanent du ministère de la santé publique. Les conditions de prise en charge des patients est l'indicateur le plus sensible du sérieux et de l'efficacité du système de santé.

Or, malgré les instructions et les multiples directives données à ce sujet, il demeure que la situation actuelle donne trop souvent lieu à des plaintes et critiques de la part des malades, de leur famille et même par voie de presse.

Par ailleurs, les inspections effectuées et les rapports qui en sont établis confirment la persistance de trop nombreuses lacunes, en particulier :

- l'inorganisation de l'accueil,
- une hygiène des lieux déplorable,
- la non disponibilité de médicaments, de la petite instrumentation, de diagnostic et de traitement.

A l'évidence, les insuffisances ainsi relevées dénotent que les responsables locaux des services de santé (D.S.P , D.G de CHU, Directeurs des secteurs sanitaires ,Directeurs des hôpitaux spécialisés , des chefs de service et praticiens) , ne prennent pas suffisamment conscience des responsabilités qui leur incombent .Cette constatation suffit pour rappeler instamment que l'organisation et le fonctionnement de la garde et du service ne peuvent se satisfaire d'action ponctuelles ou épisodiques mais doivent faire l'objet d'une attention quotidienne.

De plus, jamais le pays n'a disposé d'autant de médecins, de pharmaciens, de chirurgiens dentistes et de paramédicaux.

La présente instruction complète la circulaire N°406 visée en référence ; elle reprend et précise les projets d'organisation du service de garde et du schéma d'organisation et de fonctionnement des urgences médico-chirurgicales qui ont fait l'objet des deux documents distribués lors de la réunion des cadres de la santé du 24 Septembre 1988.elle définit :

Dans l'annexe 1 :- l'organisation générale, la coordination et le contrôle de la garde et du service des urgences.

Dans l'annexe2 :- Le schéma de la prise en charge hiérarchisée des urgences médico-chirurgicales

Je vous demande de porter une attention particulière dans l'application des dispositions contenues dans ces deux documents et de me tenir informé des mesures que vous aurez prises pour leur application effective.

A ce titre, il vous appartient d'ores et déjà de procéder à la mise en place des comités de la garde et de urgences (Wilaya, C.H .U, secteur sanitaires ; établissements spécialisés) et de me transmettre les procès-verbaux :

- de leur installation, avant le 15 Février 1989.
- des réunions qu'ils auront tenues.

En outre, les chefs de Division de la santé et de la population, les Directeurs Généraux de C .H.U .feront parvenir au Ministère de la santé publique à la fin de chaque mois, un bilan du fonctionnement des gardes et des urgences sous forme d'un rapport qui fera ressortir, notamment, par structure, les mesures mises en œuvre pour le fonctionnement efficace de ces activités.

Le ministre de la Santé Publique  
**M. ZITOUNI**

**ANNEXE**  
**ORGANISATION GENERALE, COORDINATION ET CONTROLE DE LA GARDE DU SERVICE D'URGENCE,**

**1. DEFINITION ET ORGANISATION DU SERVICE DE GARDE**

**1.1 définition du service de garde :**

- Le service de garde a pour objet :
- la permanence des soins,
  - la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence.

**1.2 Organisation :**

- Le service de garde est organisé, quand cela est nécessaire :
- soit par discipline dans un même établissement,
  - soit par garde commune à une ou plusieurs spécialités.
  - d'un même établissement ou de plusieurs établissements hospitaliers.

**1.2.1 Nature des gardes :**

- Le service de garde prend la forme :
- d'une permanence à l'hôpital ou toute autre structure de santé impliquant la présence continue à l'intérieur de l'hôpital ou de la structure de santé du ou des praticiens qui l'assurent,
  - d'une garde par astreinte à domicile impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'hôpital, pendant toute la durée de la garde et de répondre immédiatement à tout appel, à son domicile ou en un lieu voisin dont les coordonnées (adresse, ligne téléphonique) auront été préalablement communiquées au responsable administratif de l'hôpital.

**1.2.2 Horaire du service de garde :**

Jours ouvrables :

Le service de garde (permanence à l'hôpital ou garde par astreinte à domicile) commence quotidiennement à 16 heures jusqu'au lendemain 08 heures et le jeudi de 12 heures au lendemain 08 heures.

Vendredi et/ ou jours fériés :

Le service de garde (permanence à l'hôpital ou astreinte à domicile) commence A 08 heure jusqu'au lendemain 08 heures.

**1.2.3 Prise et relève de la garde :**

La prise et la relève de la garde se font par passation obligatoire des consignes.

**1.2.4 Participation au service de garde :**

Les chefs de service organisent et contrôlent le service dont ils assurent la responsabilité.

Participent au service de garde :

\* Dans le C.H.U et l'établissement hospitalier spécialisé universitaire :

- les docteurs,
- les maîtres-assistants,
- les praticiens de santé publique (spécialistes ou généralistes),
- les résidents,
- les stagiaires internés (dans le cadre de leur formation),
- le personnel paramédical,
- le personnel administratif, technique, de maintenance et de service.

\* Dans le secteur sanitaire et l'établissement hospitalier non universitaire :

- les praticiens de santé publique (médecins, chirurgiens dentiste et pharmaciens) généraliste et spécialistes,
- le personnel administratif, technique, de maintenance et de service.

**1.2.5 Etablissement des tableaux de garde :**

Les tableaux de garde mensuels nominatifs du service de garde sont établis par les chefs de service au plus tard le 20 de chaque mois pour le mois suivant.

Ils doivent comporter l'indication détaillée de chaque temps de permanence dans toutes les structures de santé concernées ou de garde par astreinte à domicile, en précisant chaque fois le nom, les qualités du praticien et du paramédical ou tout autre agent qui sont chargés.

Ces tableaux sont affichés aux niveaux des services concernés.

- Dans le centre hospitalo-universitaire :

Les chefs du service transmettent les tableaux de garde au directeur général du C.H.U et au directeur des activités pédagogiques pour suivi et contrôle.

- dans l'établissement hospitalier spécialisé et le secteur sanitaire :

Les Chefs de services transmettent les tableaux de garde au Directeur de l'établissement et le directeur Adjoint chargé des services sanitaires pour suivi et contrôle.

**1.2.6 Remplacement :**

En cas de nécessité, un praticien peut se faire remplacer dans une de ses participations au service de garde par un autre praticien de même qualification avec l'accord écrit de son remplaçant visé par le chef de service.

- pour le Centre Hospitalo-Universitaire :

Au Directeur des activités pédagogiques et médicales et au Chef de bureau de la garde.

- pour l'établissement Hospitalier Spécialisé :

Au Directeur de l'établissement.

- pour le secteur sanitaire :

Au Directeur adjoint chargé des services sanitaires.

**2 COMITE DE LA GARDE ET DES URGENCES**

Il a pour mission :

- d'organiser, de suivre et de contrôler les garde et les urgences des structures de santé et de veiller à leur bon fonctionnement,
- de définir le type de structure, les moyens humains et matériels nécessaires aux activités de garde et de des urgences et de veiller à leur mise en œuvre,
- de rechercher et de proposer toutes mesures propres à améliorer l'accueil et les soins et de veiller à leur mise en service
- d'analyser, d'évaluer et de diffuser périodiquement l'information relative aux activités de garde et des urgences.

Ce comité est institué au niveau :

- de l'administration centrale,
- de la wilaya,
- du centre hospitalo-universitaire,
- du secteur sanitaire (Daïra)
- de l'établissement spécialisé.

**2.1. Comité national d'organisation de la garde et des urgences** Il comprend :

- Le Directeur des structures de la santé (Président), assurant le secrétariat et le suivi de l'exécution des décisions,
- Le Directeur de l'infrastructure et de l'équipement,
- Le Directeur des personnels,
- Le Directeur de la pharmacie,
- Le Directeur de l'administration des moyens matériels et financiers,
- Deux Directeurs généraux de C.H.U désignés par le Ministère de la santé publique,
- Des praticiens hospitalo-universitaires et de santé publique, désignés par le Ministère de la santé publique,
- Un représentant de l'ENAPHARM,
- Un représentant de l'ENEMEDI,
- Un représentant de la CNASAT,
- Deux Chefs de division de la santé et de la population, désignés par le Ministère de la santé publique.

En plus des missions sus-citées, la direction des structures de santé est chargée, avec les directions concernées, de l'élaboration de la réglementation en matière d'organisation et de fonctionnement de la garde et des urgences.

**2.2. Comité de wilaya** Il comprend :

- Le Chef de division de la santé et de la population (président),
- Le Chef service de la santé,
- Le Chef de bureau des structures sanitaires (chargé du suivi de l'exécution des mesures prises),
- Le ou les Directeurs Généraux des C.H.U.,
- Les Directeurs des secteurs sanitaires,
- Les Présidents des conseils médicaux,
- Le représentant de l'U.M.A. désignés par le comité de wilaya de l'U.M.A.,
- Le représentant de la sûreté nationale,
- Le représentant de la gendarmerie nationale.

**2.3. Comité du secteur sanitaire** : Il comprend :

- Le directeur du secteur sanitaire (président),
- Le directeur adjoint chargé des services sanitaires pour le suivi et l'exécution des mesures prises,
- Le Directeur adjoint chargé du personnel,
- Le Directeur adjoint chargé de l'infrastructure et de l'équipement,
- Un Chef de service représentant les Chefs de Services concernés par la garde,
- Le représentant de l'U.M.A. désigné par le comité de wilaya de l'U.M.A.,
- Le représentant de la Sûreté nationale,
- Le représentant de la protection civile,
- Le représentant de la Gendarmerie nationale,
- Le président du conseil médical.

**2.4. Comité du ou des établissements hospitaliers composant le secteur sanitaire** Il comprend :

- Le Directeur de l'établissement,
- Les Chefs de services concernés par la garde.

**2.5. Comité du centre hospitalo-universitaire.** Il comprend :

- Le Directeur Général du C.H.U. (président),
- Le Directeur des Activités pédagogiques et médicales chargé du suivi et de l'exécution des mesures prises,
- Le Directeur de l'administration générale,
- Un chef de service représentant les chefs de services concernés par la garde,
- Le représentant de l'U.M.A. désignés par l'U.M.A.,
- Le représentant de la sûreté nationale désigné par la direction générale de la sûreté nationale,
- Le représentant de la protection civile, désigné par la direction générale de la protection civile,
- Le représentant de la gendarmerie nationale désigné par la direction de la gendarmerie nationale.

**2.6. Comité des établissements hospitaliers composant le C.H.U.** Il comprend :

L'Unité Hospitalo-universitaire :

- Le responsable administratif de l'établissement (président),
- Les Chefs de services concernés par la garde.

L'Etablissement Spécialisé :

- Le Directeur de l'établissement (président),
- Les Chefs de services concernés par la garde.

## 2. 7. Périodicité des réunions des comités

Le comité se réunit obligatoirement en séance ordinaire :

- pour le comité de l'administration centrale : une fois par trimestre,
- pour le comité de wilaya : une fois par trimestre,
- pour le comité du C.H.U. une fois tous les deux mois,
- pour le comité d'établissement : une fois par mois.

En cas de nécessité, le comité peut être convoqué en séance extraordinaire par son président ou à la demande de la majorité des membres.

## 3. GARDE TECHNICO-ADMINISTRATIVE

- Garde Administrative : elle sera assurée par un administratif d'un grade élevé (Directeur, Directeur Adjoint, Administrateur, Attaché).
- Garde technique :  
Elle sera assurée par des agents techniques qualifiés, notamment électriciens, plombiers, agents de maintenance des équipements médico-chirurgicaux.

## 4. GARDE EN MATIERE DE SECURITE

Présence permanente lorsque les nécessités du service l'exigent au niveau de l'établissement hospitalier ou toute autre structure de santé assurant la garde :

- d'agents de la sûreté nationale,
- d'agents de surveillance et de sécurité préventive.

## 5. EN MATIERE DE CONDITIONS DE TRAVAIL (RESTAURATION, HEBERGEMENT ET DE DETENTE).

Le personnel médical et paramédical doit trouver au sein du service de garde le confort physique et moral afin d'offrir une disponibilité effective efficiente.

A cet effet, il doit comporter :

- des chambres de repos avec sanitaires,
- une salle de restauration, détente avec cafétéria.

### ANNEXE 2

## SHEMA DE LA PRISE EN CHARGE HIERARCHISE DES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES

### SHEMA D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES.

Il repose sur une prise en charge hiérarchisée des urgences :

- Le premier niveau est représenté par la polyclinique ou à défaut un centre de santé et les cabinets privés pour la prise en charge des urgences ambulatoires ou mineures.
- Le deuxième niveau est représenté par l'hôpital dont le rôle est d'assurer les soins aux malades qui ne peuvent pas être traités « ambulatoirement » nécessitant une hospitalisation et des techniques d'investigation non disponibles au sein du premier niveau.

### A. Urgences ambulatoire ou mineures.

#### Structures utilisées :

- polyclinique et /ou centre de santé dont le choix sera fonction :
  - \*de la densité de la population couverte,
  - \*de la facilité de l'accès,
  - \*de la proximité d'un établissement hospitalier quand il existe.

#### Remarque :

Cette structure assure parallèlement durant le jour des activités de soins et de prévention.

### 1. UNITE DES URGENCES AMBULATOIRES :

Elle a pour missions :

- D'examiner d'accueillir, d'explorer et de distribuer les premiers soins d'urgences aux malades, particulièrement pour :
  - \*les brûlures légères,
  - \*les morsures d'animaux,
  - \*les plaies des parties molles,
  - \*les urgences médicales courantes,
  - \*les immobilisations des fractures des membres sans déplacement,
  - \*les évacuations des traumatismes graves (fractures ouvertes ou gros déplacement, contusions ou plaies viscérales) et les brûlures graves.

\*la mise en condition des malades avant toute évacuation.

### 2. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT :

Cette structure fonctionne 24/24 .La responsabilité en sera confiée à un médecin exerçant en permanence au niveau de cette structure, assisté d'un surveillant médical.

Cette unité relève de l'autorité du directeur du secteur sanitaire .Elle comportera :

- Une salle d'attente.
- Des cabinets de consultation.
- Une salle de soins.

#### 2.1 Moyens humains,

Personnel médical :

- médecins généralistes,

Personnel Paramédical :

- un technicien de la santé (surveillant médical)
- des techniciens de la santé en radiologie.
- un technicien de la santé n soins infirmiers.
- des agents techniques de la santé (A .T .S.).
- \*aides soignants.
- \*hygiène et entretien.
- un agent de bureau.

## 2.2 .Moyens matériels.

Equipements lourds :

-Un appareil de radiographie standard ; permettent de faire des radiographies osseuses du thorax et de l'abdomen sans préparation.

Moyens de communication et de liaison :

-liaison de téléphonie avec l'unité hospitalière des urgences de l'hôpital.

Moyens d'évacuation et de transport des malades :

-Une ambulance,

-Des chariots, des fauteuils roulants et des brancards.

## 3 .GARDES DES PRATICIENS INSTALLEES A TITRE PRIVE :

### 3.1. Profil des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes

-généralistes.

-spécialistes.

### 3.2. Le mode :

-Obligatoire pour tous, une dispense sera accordée pour limite d'âge (précisée ultérieurement).

Volontaire pour les praticiens désireux d'y participer en plus de leur tour de garde

(Recensement sera effectué par les services de la D.S.P).

### 3.3 . Nombre de gardes par mois (horaire et jours)

-gardes de nuit de 19 heures au lendemain 07 heures (la nuit de jeudi au vendredi et du vendredi au samedi entrant dans le cadre des nuits).

- Jeudi de 12 heures à 19 heures.

- Vendredi de 07 heures à 19 heures.

- Les jours fériés de 07 heures à 19 heures.

#### 3.3.1. Les modalités :

-Gardes dans les cabinets de nuit, les week-ends et jour fériés.

-Garde à domicile ou le praticien est appelé par téléphone pour des visites à domicile.

-Création d'association de médecins type « S.O.S médecins » pour les visites à domicile.

-Selon l'importance du lieu (de la ville), diviser la ville en quartiers (ex Alger : centre Est, Ouest, Nord), mettre un ou plusieurs praticiens selon l'importance numérique de la population.

#### 3.3.2. Points importants :

-la rémunération doit être fixée selon la réglementation en vigueur :

\*pour la consultation de nuit avec indemnité kilométrique

-l'information de la population doit être assurée par :

\* les mas médias

\*affichage dans les structures publiques.

## B. Urgences Hospitalières

### 1. UNITE HOSPITALIERE DES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES

Elle a pour mission :

- d'accueillir, d'explorer et de distribuer les premiers soins aux malades debout ou couchés, quelque soit l'heure de la journée ou de la nuit.

- d'hospitaliser tous les malades présentant un état pathologique grave,

- de déterminer le service spécialisé qui conviendrait au traitement du patient et de l'orienter vers ce service.

#### 1.1 Organisation et fonctionnement

Cette unité assure ses activités 24/24. Elle comprend trois parties distinctes, mais dont le fonctionnement est complémentaire.

- accueil

- hospitalisation

- plateau technique

##### 1.1.1. Accueil

L'accès doit être facile et bien indiqué, structure où arrive le malade et où il subit le premier examen médical les premiers soins et éventuellement des gestes de déchoquage.

Un regroupement de l'accueil des urgences en un seul point permet de mieux organiser les ressources humaines et matérielles. Il est constitué :

- d'un local pour l'enregistrement des patients,

- d'une salle d'attente spacieuse

- de cabinets de consultation

- d'une salle de petite chirurgie

- d'une salle de déchoquage

Au niveau de cet accueil, plusieurs possibilités se présentent :

-le malade n'est pas déclaré urgent, il est alors orienté vers une consultation ultérieure,

-le diagnostic est établi ; le malade urgent relève exclusivement d'une spécialité, il est pris en charge par la garde de cette spécialité

-le diagnostic ne peut être établi :

\*le malade urgent est admis en observation médico-chirurgicale au sein du secteur hospitalisation de l'unité hospitalière d'urgence, Cette observation doit être de courte durée de manière à maintenir la capacité d'accueil de cette unité.

\*après observation et le diagnostic établi, le malade peut être traité sur place ou évacué vers la discipline dont il relève ou son domicile.

-le traitement relève de l'extrême urgence et le malade passe directement à la salle de « déchoquage », soins intensifs ou au bloc opération.

#### Hospitalisation :

Il doit disposer de 04 à 10 lits d'observation selon l'importance de l'unité.

La durée d'hospitalisation ne doit pas excéder 24 à 48 heures selon le cas, passé ce délai, le praticien responsable du service doit prononcer l'administration du patient dans ce service d'hospitalisation qui convient le mieux à la poursuite du traitement, cette décision est exécutoire sans délais.

Chaque service d'hospitalisation de l'hôpital doit réserver en permanence 02 à 04 lits aux patients adressés par l'unité d'urgence.

### 1.1 .3 Plateau technique :

Laboratoire, (24/24) L'unité des urgences doit être dotée d'un laboratoire ou à défaut être proche d'un laboratoire, car les liaisons avec ce laboratoire doivent être rapides tant pour l'acheminement des prélèvements que pour le retour des résultats.

Radiologie, (24/24)

L'unité des urgences doit être dotée d'appareils de radiologie fixée et /ou mobiles, ou à défaut être proche d'un service de radiologie.

#### Bloc opératoire et banque de sang.

L'unité doit être dotée d'un bloc opératoire ou à défaut être à proximité des blocs opératoires des disciplines chirurgicales et dotée également d'une banque de sang, en mesure de répondre 24/24 à toutes les demandes de l'unité des urgences.

#### Médicaments et consommables :

L'unité des urgences doit disposer d'une réserve en médicaments et de consommables en mesure de répondre 24/24 à toutes les demandes médicales et chirurgicales.

L'organisation et le fonctionnement de l'unité des urgences hospitalières sont confiés à un praticien exerçant à titre permanent.

Il a autorité sur le personnel médical et paramédical qui participent aux urgences et la discipline du service.

Il veille particulièrement :

- à la présence effective du personnel médical et paramédical.
- à la qualité de l'accueil et des soins aux malades ainsi qu'à l'accueil des familles, à la réduction des attentes,
- à l'organisation du transport des malades dans l'hôpital, à l'organisation des transferts dans l'autre établissement dans le cas où ils sont nécessaires, il coordonne les activités de cette unité avec différentes équipes de garde dans l'hôpital, il est assisté dans ses tâches d'un surveillant médical exerçant à titre permanent.

#### Moyens humains :

Personnel médical permanent :

- un praticien responsable de l'unité.

Personnel médical non permanent :

- médecins réanimateurs
- chirurgiens généralistes
- médecins internistes

-médecins résidents (médecine interne, chirurgie générale, réanimation) dans le cas d'un centre hospitalo-universitaire, -stagiaires internés (dans le cadre de leur formation) dans le cas d'un centre hospitalo-universitaire.

Personnel paramédical permanent :

- un technicien supérieur de la santé (surveillant médical)
- techniciens supérieurs de la santé ou techniciens de la santé (soins intensifs, soins infirmiers, techniciens supérieurs de la santé en radiologie)
- agents techniciens de la santé (soins infirmiers, hygiène et entretien)
- agents de bureau (enregistrement des malades)
- agent dactylographe,
- secrétaire d'administration.

### 1.3 Liaisons et moyens de communication

- liaisons téléphoniques avec :
  - les autres services de l'hôpital et le plateau technique
    - la ou les unités des urgences ambulatoires
    - les autres établissements hospitaliers
  - le centre répartiteur médicalisé, lequel est relié au dispositif de communication de la Protection Civile.

## 2 GARDE AU NIVEAU DES AUTRES SERVICES DE L'HOPITAL

### 2.1 Pédiatrie –Gynécologie obstétrique- chirurgie pédiatrique

Les praticiens et le personnel paramédical assurent, sous la responsabilité de leur Chef de service, les gardes et la prise en charge des urgences au niveau de leur service respectif.

### 2.2 Autres services médicaux-chirurgicaux et explorations fonctionnelles

Les praticiens et le personnel paramédical assurent, sous la responsabilité de leur chef de service, les gardes au niveau de leur service respectif, articulé à l'unité des urgences hospitalières.

Cependant, ils doivent être en mesure d'assurer une intervention ponctuelle dans le cadre du traitement d'un polytraumatisé.

## ERRATUM

Annexe de la circulaire N° 406 du 20-06-88

2. Procédures Disciplinaires

2. 3 Pour les praticiens exerçant dans les secteurs sanitaires :

#### LIRE :

La sanction du 2<sup>ème</sup> degré est prononcée par le Wali sur rapport du directeur de l'établissement sanitaire et après avis du chef de division de la santé et de la population (service de santé).

La sanction du 3<sup>ème</sup> degré est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination et après avis de la commission paritaire siégeant en conseil de discipline.

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA NORMALISATION ET  
L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.

**INSTRUCTION N°149 DU 10 AVRIL 1993 RELATIVE AU FONCTIONNEMENT DES  
STRUCTURES DE SANTE ET DE LA DUREE DU TRAVAIL.**

**DESTINATAIRES :**

/ / RS LES WALIS  
/ / RS LES D.S.P.S

**POUR INFORMATION  
POUR EXECUTION ET DIFFUSION**

**REFERENCE :** - Annexe de la circulaire n° 406/MSP/ du 29 juin 1988 « modalités d'application des sanctions disciplinaires.  
- Instruction interministérielle n° 108/MS/CAB du 11 septembre 1991 modifiant l'instruction interministérielle n°17/MS/CAB du 23 mars 1991 relative a l'indemnité de garde.  
- Instruction n° 17 du 16 janvier 1993 relative au fonctionnement de la garde et des urgences.

En dépit des instructions contenues dans mes différents envois susvisés, des visites inopinées dans des structures assurant la prise en charge des urgences ont révélé une fois de plus, l'absence des personnels administratif, médical et paramédical.

Compte tenu de ce qui précède, j'ai l'honneur de vous demander de faire examiner par les organes de gestion des établissements de santé (conseil scientifique conseil de direction, conseil médical) l'ensemble des dispositions susceptibles d'être prise pour endiguer cet absentéisme et de proposer des mesures disciplinaires a l'encontre des personnels défailants  
Un rapport mentionnant ces dispositions ainsi que ces propositions doit m'être adressé au plus tard le 30 avril 1993.

Par ailleurs, il est utile de rappeler aux directeurs des structures sanitaires :

- que les gardes des urgences (effectives ou d'astreinte) étant rémunérés, ne donnent lieu à des repos compensateurs.
- que l'article 4 de la loi n° 81-03 du 21 février 1981 fixant la durée légale du travail stipule la durée hebdomadaire du travail est fixée a 44 heures. Ces dispositions sont applicables aux personnels de santé et ne doivent souffrir d'aucune exception.

LE DIRECTEUR DE LA NORMALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.

**SIGNE M. DJAZIRI.**



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA NORMALISATION ET DE L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

**INSTRUCTION N° 17 DU 16 JANVIER 1993**

**RELATIVE AU FONCTIONNEMENT DE LA GARDE ET DES URGENCES**

**DESTINATAIRES :**

MMRS LES WALIS  
MMRS LES DIRECTEURS DE LA SANTE  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

(POUR INFORMATION)  
(POUR EXECUTION ET  
DIFFUSION)

**REFERENCES :**

- Décret N° 90-386 du 24.11.1990 fixant une indemnité de garde allouée aux personnels des structures de santé assurant la garde.
- Instruction interministérielle N° 17/MS/CAB du 23 Mars 1991, relative à l'indemnité de garde.
- Instruction Interministérielle N° 108/MS/CAB du 11.09.1991 modifiant l'instruction interministérielle N° 17/MS/CAB du 23 Mars 1991 relative à l'indemnité de garde.

Des inspections inopinées effectuées par des cadres du ministère de la santé et de la population au niveau des certaines structures assurant la prise en charge des urgences ont permis de faire le constat suivant :

- Non respect des horaires par les personnels administratifs et médicaux.
- Spécialistes assurant des gardes (effectives ou d'astreinte en violation des textes car ils ne sont pas concernés par cette garde.
- Supports d'information prévus par l'instruction interministérielle du 23 Mars 1991 (7 .11 . et 7 .2) non disponibles, incomplets ou non réglementaires.

Certains responsables administratifs sont portés la liste de garde alors qu'ils ne l'assurent pas.

En conséquence, et en attendant la révision du dispositif réglementaire en vigueur, je rappelle encore une fois,

1-Que l'indemnité de garde ne saurait en aucun cas constituer un complément déguisé de salaire. A ce titre, elle n'est attribuée qu'aux personnels assurant effectivement une garde et ce conformément à la réglementation en vigueur.

2 – Que l'indemnité de garde d'astreinte n'est attribuée qu'à certains spécialistes prévus par les textes. En conséquence, il est inadmissible que des responsables administratifs notamment certains chefs d'établissements, chargés de veiller à une application stricte des dispositions des textes sus-référencés perçoivent indûment une indemnité pour une garde non effectuée.

3 – Que les supports d'information annexés à l'instruction interministérielle doivent être remplis et transmis à la direction de la santé et de la protection sociale et présentés à toute inspection.

4 – Que des inspections doivent être menées aussi bien par les chefs d'établissements que les directions de la santé et de la protection sociale bien prise en charge.

LE DIRECTEUR DE LA NORMALISATION ET DE L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.

**SIGNE MR. M. DJAZIRI.**

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 108/MS/CAB DU 11/09/91 MODIFIANT ET  
COMPLETANT L'INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 17/MS/CAB/MINDU 23 MARS  
1991 RELATIVE A L'INDEMNITE DE GARDE**

La présente instruction a pour objet de modifier et de compléter les dispositions de l'instruction interministérielle N° 17/MS/CAB/MIN du 23 Mars 1991 relative aux modalités d'application du décret N° 90-386 du 24 Novembre 1990 fixant une indemnité de garde alloué aux personnels des structures de santé assurant la garde.

Les points 5 et 6 de l'instruction interministérielle N° 17/MS/CAB/MIN du 23 Mars 1991, précitée sont modifiés et complétés comme suit :

**5- Participation au service de garde :**

5-1- Dans les structures Hospitalières :

5-1-1- **Spécialités concernées par la garde effective :**

5-1-1-1- Spécialités Chirurgicales :

- Chirurgie Générale
- Chirurgie Pédiatrique
- Orthopédie Traumatologie
- Neurochirurgie
- Gynéco Obstétrique
- O.R.L
- Ophtalmologie
- Anesthésie – Réanimation

5-1-1-2- Spécialités Médicales :

- Médecine Interne
- Pédiatrie
- Réanimation
- Cardiologie
- Psychiatrie

5-1-1-3- Chirurgie – Dentaire

5-1-1-4- Exploration :

- Imagerie Médicale
- Endoscopie
- Biologie

5-1-2- **Spécialités concernées par le grade d'astreinte**

- Urologie
- Chirurgie Thoracique et Vasculaire
- Chirurgie Maxillo-faciale
- Gastro-entérologie
- Neurologie
- Diabétologie
- Néphrologie

**6- COMPOSITION DES EQUIPES DE GARDE**

*L'Equipe médicale de garde est placée sous l'autorité d'un praticien.*

6-1- Structure Hospitalière :

6-1-1- Equipe de garde chirurgicale :

- 01 ou 02 Résidents ou Médecins généralistes
- 02 Techniciens en soins et sage femmes pour la gynéco-obstétrique
- 01 Technicien Anesthésiste
- 01 Technicien pour bloc
- 01 ou 02 A.T.S en hygiène et entretien
- 01 Agent chargé de la sécurité

6-1-2- Equipe de garde médicale :

- 01 Spécialiste
- 01 ou 02 Résidents ou Médecins Généralistes
- 02 Techniciens en soins
- 01 A.T.S en Hygiène et entretien

6-1-3- Equipe de garde imagerie Médicale

- 01 Spécialiste
- 01 Résident
- 01 ou 02 Technicien en Radiologie
- 01 Agent chargé de la sécurité

6-1-4- Equipe de garde de laboratoire :

- 01 Spécialiste
- 02 Résident
- 01 Agent chargé de la sécurité

6-1-5- Equipe de garde administrative :

- 01 Directeur de garde
- 01 Ambulancier (A.T.S)

On entend par la fonction « directeur de garde » tout responsable administratif chargé de coordonner la garde administrative.

6-2- Structure extra-hospitalière :

- 01 Praticien (s) généraliste (s)
- 01 Technicien en soins
- 01 Technicien en radiologie
- 01 Chauffeur d'ambulance
- 01 A.T.S en Laboratoire
- 01 Agent chargé de la sécurité

La liste des spécialistes et la composition des équipes de garde ne doit être ni exhaustive ni restrictive .L'Administration Centrale du Ministère de la Santé peut accorder, à titre exceptionnel, des dérogations pour la prise en charge des problèmes spécifiques à certains établissements Hospitalo-Universitaires.

En cas de déficit en personnel de santé, il peut être fait appel :

- Au personnel de santé exerçant dans les autres structures de santé de la région
- Et en cas de besoin, à des praticiens spécialistes de la même spécialité exerçant à titre privé....
- Pour les gardes d'astreintes, seul, le praticien spécialiste est concerné.

Il y a par ailleurs lieu de souligner qu'en ce qui concerne les travailleurs étrangers, seuls ceux, régis par les règles statutaires identiques à leurs homologues algériens peuvent bénéficier de l'indemnité de garde.

Bénéficiaires de l'indemnité de travail posté peuvent opter :

- Soit pour l'indemnité de travail posté
- Soit pour l'indemnité de garde.

Ce choix ne peut en aucun cas porter préjudice au fonctionnement normal de la garde.

- les personnels de santé en congé (annuel, ou récupération, exerçant dans le cadre du travail posté, peuvent être appelés à effectuer des gardes lorsque les nécessités de service l'exigent. Et dans ce cas, ils ouvrent droit à l'indemnité de garde y afférente.

Il demeure bien entendu que les autres dispositions de l'instruction N° 17/MS/CAB/MIN du 23 Mars 1991 précitée demeurent sans changement.

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE

LE MINISTRE DE LA SANTE

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**  
**DIRECTION DES SERVICES DE SANTE**

**INSTRUCTION N° 002 / MSP / DSS DU 10 AOUT 1996**

	Destinataires	
- Messieurs les DSPS	<<TOUS>>	} Pour exécution
- Messieurs les D-G des CHU	<<TOUS>>	
- Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires	<<TOUS>>	
- Messieurs les Directeurs des EHS	<<TOUS>>	

En communication avec les présidents des conseils scientifiques, médicaux.

**OBJET : Organisation et fonctionnement de la garde et du service des urgences.**

L'amélioration de l'accueil et du traitement des malades amenés aux urgences dans les structures de santé est un objectif prioritaire et permanent du Ministère de la Santé et de la Population. Les conditions de prise en charge des patients est l'indicateur le plus sensible du sérieux et de l'efficacité du système de santé.

Or, malgré les instructions et les multiples directives données à ce sujet, il demeure que la situation actuelle donne trop souvent lieu à des plaintes et critiques de la part des malades de leur famille et même par voie de presse.

Par ailleurs, les inspections effectuées et les rapports qui en sont établis confirment encore la persistance de trop nombreuses lacunes, en particulier :

- L'inorganisation de l'accueil,
- Une hygiène des lieux déplorable,
- La non disponibilité de médicaments, de la petite instrumentation, de diagnostic et de traitement.
- Absence de couverture médicale appropriée.

A l'évidence, les insuffisances ainsi relevées dénotent que les responsables locaux des services de santé (D.S.P.S D.G de C.H.U, Directeurs de Secteurs, Directeurs des hôpitaux spécialisés, chefs de services et praticiens) ne prennent pas suffisamment conscience des responsabilités qui leurs incombent. Cette situation suffit pour rappeler instamment que l'organisation et le fonctionnement de la garde et des urgences ne peuvent se satisfaire d'actions ponctuelles ou épisodiques, mais doivent faire l'objet d'une attention quotidienne.

A cet effet, je vous demande de porter une attention particulière la tenue régulière des réunions des comités de la garde et des urgences et de réunir chaque fois que nécessaires les conseils scientifiques ou les conseils médicaux autour de cette question. Il y'a lieu de préciser que la prise en charge des urgences ne saurait être du seul ressort du service des urgences, les autres services hospitaliers doivent y contribuer par l'apport de leur praticien à la couverture médicale du service des urgences et par la prise en charge à leur niveau des malades ayant été hospitalisé dans le service des urgences et relevant de leur discipline.

En outre, il est impératif de :

- Procéder là où il n'existe pas à la désignation d'un médecin responsable du service des urgences.
- Réunir toutes les conditions requises pour le confort des personnels des urgences notamment en organisant un internat.
- Doter cet internat d'ouvrages et de documentations relatives aux urgences ;
- Organiser obligatoirement un staff de garde régulier (quotidiennement) pour établir les rapports de garde et enquêter sur les décès survenus durant la garde

J'attache une importance particulière au strict respect des dispositions contenues dans instruction et vous demande de me faire part des mesures prises.

وزير الصحة والسكان  
السيد يحيى قديوم

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DES SERVICES DE SANTE

**INSTRUCTION N° 02 DU 12/05/1996**

Messieurs les DSPS (Tous) « pour application «  
Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U « pour application »

**OBJET :** Certificats de dispense de garde ou autres aménagements de poste de travail.

**REFER :** loi n° 90.11 du 11 Avril 1990, relative aux relations de travail.

L'attention de l'administration centrale a été attirée sur la présentation par de nombreux personnels des services de santé, tous grades confondus de certificats de dispense de garde ou d'aménagements de postes de travail pour raisons de santé, cette situation perturbe le fonctionnement des services médicaux car dans la plupart des cas, l'avis médical de dispense ou d'aménagement de poste n'est pas fondé.

Aussi, il est rappelé à l'attention des gestionnaires des établissements de santé que :

- 1) L'article 7 de la loi citée en référence, relatif aux obligations des travailleurs stipule dans son 5<sup>ème</sup> alinéa.
  - Les travailleurs ont les obligations fondamentales suivantes au titre des relations du travail.
  - Accepter les contrôles médicaux internes et externes que l'employeur peut engager dans le cadre de la médecine du travail ou du contrôle d'assiduité.
- 2) Tout certificat médical d'aménagement ou de mutation de poste de travail doit obligatoirement être signé du médecin du travail qui a la charge du personnel de l'établissement.

Celui-ci établira le dit certificat qu'après avoir pris connaissance d'une part de tous les éléments constitutifs de dossier médical de la personne concernée, et d'autre part les avis médicaux spécialisés en tant que de besoins et établi un diagnostic précis contre indiquant effectivement le travail en poste normal.

- 3) En cas de contestation de l'avis du médecin du travail, le dossier doit être soumis au médecin du travail inspecteur de la D.S.P.S concernée qui l'instruit en relation avec l'inspecteur du travail territorialement compétent.
- 4) Dans les wilayas ne disposant pas encore de médecins du travail inspecteurs, les contestations sont soumises à l'appréciation de l'inspecteur du travail qui prend l'avis d'un médecin du travail désigné par la D.S.P.S concerné.

L'attention est notamment attirée sur le fait que, dans l'immense majorité des cas, la contre indication du travail en poste normal ou de la garde ne peut être que temporaire, donc limitée dans le temps car liée à une affection passagère.

En tout état de cause et dans le cas où la contre-indication pour la garde est proposée pour une période permanente donc définitive, l'administration se réserve le droit de soumettre ce cas à la réforme.

J'attache une importance particulière à l'application de la présente instruction.

LE DIRECTEUR

**PR.M.BAGHRICHE**

**DECISION N° 178/MSP/MIN DU 15 AOUT 1996 PORTANT CREATION  
D'UNE COMMISSION DES URGENCES AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

**LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION,**

Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée ;  
Vu le décret exécutif N° 96-86 du 27 Janvier 1996 portant attributions du Ministre de la Santé et de la Population.

**D E C I D E**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est créé une commission des urgences aux niveaux des établissements publics de santé,

**Article 2** : Cette commission est composée des membres suivants :

- Mr le Président du conseil scientifique ou Mr le Président du conseil médical,
- Mr le Directeur de l'Etablissement (Centre Hospitalo-Universitaire, Etablissement Hospitalier Spécialisé, Secteur Sanitaire),
- Mr le Directeur des activités pédagogiques et médicales (CHU),
- Mrs les praticiens chefs de service
- Le ou les Médecins Chefs du ou des Services des Urgences Médico-Chirurgicales,
- Le responsable de la Pharmacie.

**Article 3** : Cette commission est présidée par le chef de l'établissement.

**Article 4** : Cette commission est chargée d'élaborer un programme de réhabilitation organisationnel et fonctionnel des services de garde et des urgences et d'améliorer la prise en charge de l'urgence médico-chirurgicale, elle se réunit mensuellement,

**Article 5** : Cette commission assistée d'un comité de suivi de ses recommandations, ce comité est en outre chargé d'améliorer les relations entre le ou les services des Urgences et les services hospitaliers ainsi qu'avec les autres hôpitaux.

**Article 6** : Ce comité est composé du Directeur des Activités Pédagogiques et Médicales du ou des médecins (s) chef (s) des urgences médico-chirurgicale (Centre Hospitalo-Universitaire), du Sous Directeur des Services Sanitaires, du ou des médecin (s) chef (s) de service (s) des Urgences médico-Chirurgicales (Etablissements Hospitaliers Spécialisés, Secteurs Sanitaires) ; le comité se réunit hebdomadairement sous la présidence du DAPM ou du Sous Directeur des Services Sanitaires.

**Article 7** : Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale et les Directeurs des Etablissements publics de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision.

**Article 8** : Toutes dispositions contraires à cette décision sont abrogées.

**Article 9** : La présente décision sera publiée au bulletin officiel du Ministère de la Santé et de Population.

**LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

وزير الصحة والسكان  
الاستاذ يحي قديوم

# Décret exécutif n° 90-386 du 24 novembre 1990 fixant une indemnité de garde allouée aux personnels des structures de la santé assurant la garde.

Le Chef du Gouvernement :

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la promotion et à la protection de la santé ;  
Vu le décret n° 81-242 du 05 septembre 1981, modifié et complété, portant création et organisation des secteurs sanitaires ;  
Vu le décret n° 81-243 du 05 septembre 1981, modifié et complété, portant création et organisation des établissements hospitaliers spécialisés ;  
Vu le décret n° 86-25 du 11 février 1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires ;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut particulier des travailleurs des administrations et institutions publiques :

**Décète :**

**Article 1 :** Il est alloué au profit des personnels de la santé, pour chaque garde effectuée, une indemnité de garde fixée selon le tableau ci-joint en annexe.

**Article 2 :** L'indemnité de garde prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est destinée à rémunérer les sujétions et les contraintes inhérentes à l'activité de la garde dans les structures de santé assurant les urgences.

**Article 3 :** le service de garde constitue une obligation pour les personnels de santé.

**Article 4 :** le service de garde prend la forme :

- d'une présence continue à l'intérieur de la structure de santé concernée
- d'une garde par astreinte à domicile, impliquant l'obligation pour le praticien spécialiste de rester à la disposition de la structure de garde pendant toute la durée de la garde et de répondre immédiatement à tout appel.

**Article 5 :** La garde d'astreinte est rémunérée au taux de 50% de la garde.

**Article 6 :** Le nombre de garde maximum par mois et par agent ne saurait excéder six (6) gardes.

**Article 7 :** L'indemnité de garde n'est pas cumulable avec l'indemnité de travail posté.

**Article 8 :** Les modalités d'application portant notamment sur l'organisation de la garde, la composition de l'équipe de garde, les points de garde concernés ainsi que les obligations des personnels astreints à la garde, seront précisées par une instruction conjointe des Ministres de la santé et de l'économie.

**Article 9 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 24 novembre 1990

Mouloud HAMROUCHE

ANNEXE

## BAREME DE REMUNERATION DE LA GARDE (EN DINARS)

CATEGORIE PROFESSIONNELLE	MONTANT DE L'INDEMNITE DE GARDE
- Professeurs	1000 DA
- Docent	900 DA
- Maître-Assistant ou Praticien Spécialiste	700 DA
- Résident ou Médecin Généraliste	500 DA
- Directeur de garde	500 DA
- Technicien Supérieur de la santé	300 DA
- Technicien de la Santé ou Technicien en Bio-Médical	250 DA
- Agent technique de la santé	200 DA



**Décret exécutif n° 97- 437 du 16 Rajab 1418 correspondant au 17 novembre 1997 portant  
institution d'une indemnité de garde au profit des personnels des structures de santé  
assurant la garde.**

Le Chef du Gouvernement ;

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la promotion et à la protection de la santé notamment son article 209;

Vu le décret n° 81-14 du 31 janvier 1981, modifié et complété fixant les modalités de calcul de l'indemnité de travail posté.

Vu le décret n° 81-242 du 05 septembre 1981, modifié et complété, portant création et organisation des secteurs sanitaires ;

Vu le décret n° 81-243 du 05 septembre 1981, modifié et complété, portant création et organisation des établissements hospitaliers spécialisés ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut particulier des travailleurs des administrations et institutions publiques ;

Vu le décret n° 86-25 du 11 février 1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires ;

Vu le décret n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au 24 juin 1997 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-386 du 24 novembre 1990 fixant une indemnité de garde allouée aux personnels des structures de santé assurant la garde ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est institué, au profit des personnels des structures de santé assurant la garde, une indemnité de garde fixée selon le tableau joint en annexe du présent décret.

**Article 2** : L'indemnité de garde prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est destinée à rémunérer les sujétions et contraintes inhérentes à l'activité de garde dans les structures de santé assurant les urgences.

**Article 3** : Le service de garde constitue une obligation pour les personnels de santé. Sauf cas de force majeure, toute absence à la garde entraîne des sanctions administratives, conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 4** : Dans le cadre de l'obligation prévue à l'article 209 de la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 susvisée, il peut être fait appel, en cas de nécessité absolue, sur décision du chef de l'établissement, après avis du conseil médical ou du conseil scientifique et sur proposition du chef de service, à des praticiens médicaux spécialistes exerçant, à titre privé, pour assurer des gardes au sein des structures de santé.

Dans ce cas, la garde est rémunérée conformément au barème joint en annexe du présent décret.

**Article 5** : Les praticiens médicaux spécialistes ayant la qualité de fonctionnaires peuvent, en tant que de besoin, assurer la garde dans un établissement public autre que leur établissement d'affectation, à la demande de l'établissement assurant la garde, après accord préalable écrit du praticien.

**Article 6** : Le service de garde requiert la présence effective et permanente des personnels de garde auprès de la structure de santé concernée.

**Toutefois et à titre exclusif, ne sont pas soumis à cette obligation :**

- a) Les chefs de service ayant rang de professeur ou docteurs dont les équipes et les structures assurent la prise en charge des urgences ;
- b) Les chefs de service des centres des urgences médico-chirurgicales ;
- c) Les chefs de service de soins intensifs et de réanimation ;
- d) Les chefs de service de transport médicalisé d'urgence.

Toutefois, ils sont tenus de rester à disposition et de répondre impérativement et immédiatement à toute sollicitation du service. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par instruction du ministre chargé de la santé.

Ils bénéficient, à ce titre, d'une indemnité mensuelle forfaitaire de garde fixée comme suit :

4000 DA pour la catégorie de personnel prévue au point 'a' ci-dessus.

5500 DA pour les catégories de personnels prévues au point 'b', 'c', et 'd' ci-dessus.

**Article 7** : Le nombre de garde maximal par mois et par agent est fixé à six (6).

Il est fixé à quatre (4) pour les spécialistes hospitalo-universitaires.

Toutefois, en cas de nécessité absolue de service, le nombre de gardes prévu à l'alinéa ci-dessus peut être exceptionnellement porté à dix (10) pour les praticiens généralistes et spécialistes, sur décision du chef de l'établissement, après avis du conseil médical ou du conseil scientifique, sur proposition du chef de service concerné.

**Article 8** : L'indemnité de garde n'est pas cumulable avec l'indemnité de travail posté.

**Article 9** : Les modalités d'application du présent décret portant, notamment sur l'organisation et le fonctionnement de la garde, la composition des équipes de garde, les points de garde concernés, ainsi que les obligations des personnels astreints à la garde, sont précisées par instruction du ministre chargé de la santé.

**Article 10** : Le décret exécutif n° 90-386 du 24 novembre 1990 susvisé, est abrogé.

**Article 11** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 16 Rajab correspondant au 17 novembre 1997.

**Ahmed OUYAHIA**

**ANNEXE**

**BAREME DE REMUNERATION DE LA GARDE (EN DINARS)**

CATEGORIES DE PERSONNEL	JOURS OUVRABLES	JEUDIS ET VENDREDIS	JOURS FERIES
Professeur	1400	1500	1700
Docent	1300	1400	1600
Maître-assistant ou praticien spécialiste de santé publique	1100	1200	1400
Résident ou médecin généraliste ou chirurgien dentiste généraliste	900	1000	1200
Paramédical principal	500	600	700
Paramédical diplôme d'Etat	450	550	650
Paramédical breveté ou technicien biomédical	400	500	600
Aides soignants, aides prothésistes dentaires, aides préparateurs en pharmacies, aides manipulateurs de radiologie, aides laborantins	300	400	500
Directeur de garde: - Chef d'établissement ou secrétaire général de C.H.U. ou directeur d'unité de C.H.U. - Directeur adjoint - Fonctionnaires ayant au moins le grade d'assistant administratif ou grade équivalent	1000 750 600	1100 900 700	1300 1100 800

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE FIXANT LES MODALITES  
D'APPLICATION DE L'ARTICLE 8 DU DECRET EXECUTIF N°97-437 DU 17 NOVEMBRE 1997  
INSTITUANT UNE INDEMNITE DE GARDE AU PROFIT DES PERSONNELS DES STRUCTURES DE  
SANTÉ ASSURANT LA GARDE**

La présente instruction a pour objet de fixer les modalités d'application de l'article 8 du décret exécutif n°97-437 du 17 novembre 1997 instituant une indemnité de garde au profit des personnels des structures de santé assurant la garde qui dispose que « l'indemnité de garde n'est pas cumulable avec l'indemnité de travail posté ».

Pour permettre un fonctionnement régulier et continu des services assurant la garde dans les établissements publics de santé, les personnels paramédicaux, requis pour effectuer la garde, bénéficient de l'indemnité de garde prévue par le décret exécutif n° 97-437 du 17 novembre 1997 précité.

En application de l'article 8 du décret n° 97-437 du 17 novembre 1997 susvisé, il est défalqué, pour chaque garde effectuée, 1/30<sup>ème</sup> du montant mensuel de l'indemnité de travail posté.

**Fait à Alger le 29/ 10 /2002**

**POUR LE CHEF DU GOUVERNEMENT**

**LE MINISTRE DES FINANCES**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE LA  
FONCTION PUBLIQUE**

**LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**INSTRUCTION N° 001/MSP/CAB DU 07 JANVIER 1998 RELATIVE AUX MODALITES D'APPLICATION DU DECRET  
EXECUTIF N° 97-437 DU 16 RAJAB 1418 CORRESPONDANT AU 17 NOVEMBRE 1997 PORTANT INSTITUTION D'UNE  
INDEMNITE DE GARDE AU PROFIT DES PERSONNELS DES STRUCTURES DE SANTE ASSURANT LA GARDE.**

**Préambule :**

L'attente de la réactualisation de cette indemnité est faite sur le budget alloué actuellement à celle-ci avec comme condition fondamentale la réorganisation de la garde, à cet effet il est utile d'attirer des gestionnaires sur la rigueur qui doit présider à la fixation des points de garde, des disciplines concernées et de la composition des équipes.

L'indemnité de garde ne concerne que les structures assurant la prise en charge des urgences.

**1. - OBJET DE LA GARDE :**

- 1.1 La garde médicale ou chirurgicale a pour objet d'assurer 24H24
  - La permanence des soins et des investigations
  - La sécurité des malades hospitalisés admis en urgences
- 1.2 La garde administrative a pour objet :
  - De veiller au bon fonctionnement général de l'établissement et notamment des gardes médicales en y apportant un soutien administratif, technique et logistique.

**2. - ORGANISATION DE LA GARDE :**

- 2.1 La garde médicale est organisée :
  - soit par discipline dans un même établissement ou autre structure de santé
  - soit par garde commune à une ou plusieurs spécialités d'un même établissement ou autres structures de santé
- 2.2 La garde administrative et technique est organisée par établissement hospitalier et ou groupe d'établissement hospitaliers relevant d'un même établissement.

**3. - NATURE DE LA GARDE**

- La garde étant une obligation pour le personnel de santé, elle est effective sur les lieux du travail.
- Le responsable médical des soins pratiqués aux malades reçus en urgence ou hospitalisés, assure la coordination de l'équipe de garde.
- Le responsable médical de garde a pour rôle d'encadrer et de former les résidents, les stagiaires internes, les externes et les élèves paramédicaux, selon le statut de l'établissement.
- Le responsable administratif de garde assure la coordination des équipes administratives et techniques et veille au bon fonctionnement de la garde médicale.
- Les chefs de service dont les équipes et les services assurent la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, des soins intensifs, de réanimation et de transport médicalisé, sont tenus de rester à la disposition de répondre impérativement et immédiatement à toute sollicitation du service.

**4 – HORAIRES – REMUNERATION ET PERIODICITE DES GARDES :**

- 4.1 – Horaires :

Le service de garde (permanence à l'hôpital ou autre structure de santé), commence quotidiennement après le service normal de jour.

Toutefois la garde peut couvrir une amplitude allant de 12 heures à 24 heures.

- 4.2 – Rémunération et périodicité de garde :
  - L'indemnité de garde est destinée à rémunérer les sujétions et les contraintes inhérentes à l'activité de la garde dans les structures de santé assurant les urgences.
  - Le nombre de gardes maximal par mois et par agent est fixé à 6 et peut être porté à 10 sur décision du chef de l'établissement, après avis du conseil médical ou du conseil scientifique, sur proposition du chef de service concerné.

**5. – PARTICIPATION AU SERVICE DE GARDE :**

- 5.1.1 – Dans les structures hospitalières
  - 5.1.1.1 – Spécialités chirurgicales (Toutes).
  - 5.1.1.2 – Spécialités médicales
    - Radiologie
    - Biologie
  - 5.1.1.3 – Transport médicalisé (SAMU)
- 5.2 – Structures extra-hospitalières :

Le point de garde doit être fixé après avoir été validé par le Conseil Médical en tenant compte des conditions suivantes :

  - 5.2.1 – Les locaux :
    - Une salle d'attente
    - Une salle de soins
    - Un cabinet médical
    - Un cabinet dentaire
    - Un laboratoire
  - 5.2.2 – Moyens matériels :
    - 01 Appareil de radio standard fonctionnel
    - 01 Fauteuil dentaire fonctionnel
    - 02 Chariots
    - 02 Fauteuils roulants
    - 02 Brancards
    - Une ligne téléphonique
    - Une ambulance
    - 02 Lits d'observations au minimum
    - 02 Obus d'oxygène au minimum
    - Matériel de laboratoire paramètres biologiques d'urgences (Urée, Glycémie, FNS),
  - 5.2.3 – Nombre de points de garde :
    - 01 Point de garde par secteur sanitaire.

## **6-COMPOSITION DES EQUIPES DE GARDE :**

L'équipe médicale de garde est placé sous l'autorité d'un praticien.

### **6.1- Structure Hospitalière :**

6.1.1- Equipe de garde chirurgicale :

- 01 Spécialiste + 01 spécialiste en Anesthésie –Réanimation
- 01 ou 02 Résidents ou Médecin Généraliste

6.1.2- Equipe de garde médicale

- 01 Spécialiste
- 01 Résident ou Médecin généraliste

6.1.3- Equipe de garde de chirurgie dentaire :

- 01 Spécialiste
- 01 Résident

6.1.4- Equipe de garde imagerie médicale :

- 01 Spécialiste
- 01 Résident

6.1.5- Equipe de garde de laboratoire :

- 01 Spécialiste
- 01 Résident

6.1.6- Equipe de garde du transport médicalisé :

- 01 Praticien médical régulateur
- 01 Médecin généraliste intervenant

6.1.7- Equipe de garde administrative :

- 01 Directeur de garde

### **6.2- Structure Extra Hospitalière :**

6.2.1- Equipe de garde

- 01 Médecin généraliste
- 01 Chirurgien dentiste généraliste

## **REMARQUES :**

- Les administrateurs des services sanitaires, les personnels nommés par décision ministérielles, en qualité de directeur ou directeur adjoint, les fonctionnaires ayant au moins le grade **d'assistant administratif** ou grade équivalent sont concernés par la garde administrative.

## **En cas de déficit en personnels de santé il peut être fait appel :**

- Au personnel de santé exerçant des les autres structures de santé de la région sanitaire.*
- A des praticiens spécialistes de la même spécialité exerçant à titre privé, après avis du conseil médical ou du conseil scientifique selon le cas.*
- A du personnel paramédical en congé (annuel ou récupération), exerçant dans le cadre du travail posté.*

## **7- SUPPORT D'INFORMATION :**

1/- Tableau de garde

2/- Registre administratif de garde

3/- Feuille de décompte

4/- Registre médical de garde

5/- Fiche médicale de garde

6/- Rapport de garde

### **7.1- Le Tableau de garde :**

Un tableau mensuel nominatif est établi au plus tard le 20 de chaque mois pour le mois suivant :

- Par le chef de service médical, par les services hospitaliers ou les médecins coordinateurs des sous secteur pour le personnel médical, paramédical, des structures extra hospitaliers.
- Un exemplaire pour la Direction de l'hôpital pour suivi, contrôle et paiement

### **7.1.1 - Remplacement :**

Dans le cas d'un empêchement majeur du personnel pour effectuer normalement sa garde, il devra être établi un tableau rectificatif, signé, enregistré, affiché et transmis à la Direction.

Le personnel qui sera empêché d'effectuer normalement sa garde doit, adresser au chef de service ou au médecin coordinateur du sous-secteur ou au Directeur de l'établissement suivant les cas, une demande explicative avec nom et prénom du remplaçant ayant la même qualification. Ce dernier devra signer, préciser son accord sur la demande qui visée par le chef de service ou le médecin coordinateur de sous-secteur et le directeur de la structure sanitaire, devra être jointe à l'exemplaire du tableau rectificatif classé dans le chrono du service.

### **7.1.2 - Le Registre Administratif de garde :**

En fonction de l'importance de la structure, il sera tenu un ou plusieurs registres administratifs de garde, côtés et paraphés par l'ordonnateur. Le ou les registres doivent être correctement tenus et placés sous la responsabilité d'un Directeur Adjoint désigné par l'ordonnateur. Les registres sont remis quotidiennement au directeur administratif de garde qui doit inscrire lisiblement et correctement en haut de la page, la date et les horaires du début et de la fin de la garde.

En se référant aux tableaux de garde et éventuellement aux listes rectificatives, le Directeur Administratif de garde doit inscrire sur le registre, la liste du personnel concerné par la garde effective en précisant nom, prénom qualification de chacun. Il devra faire émerger lisiblement tout le personnel effectuant une garde effective.

Le Directeur Administrative de garde devra mentionner aux bas de la liste ou sur l'autre page les faits marquants relevés pendant la garde. Il devra signer, barrer correctement le restant de la page non utilisée et le remettre la matinée du lendemain de la garde au Directeur Adjoint responsable du registre.

### **7.1.3 - La feuille de Décompte :**

Le Directeur Adjoint chargé du registre administratif de garde devra établir au plus tard le 8 de chaque mois l'état récapitulatif des participants à chacun des services de garde en décomptant pour chaque personnel concerné le nombre de gardes effectuées en garde effective.

Les éléments de base servant au décompte sont :

- Les tableaux de garde du mois
- Le registre administratif de garde
- La fiche médicale de garde.

Le tableau récapitulatif signé par le directeur adjoint chargé du registre administratif de garde établi au moins en trois exemplaires est présenté pour signature à l'ordonnateur avec le registre administratif de garde et les tableaux de garde.

Il est remis par la suite deux exemplaires au service de la solde pour règlement.

L'autre exemplaire est classé dans un chrono au niveau du directeur adjoint chargé du registre.

**7.1.4 - Registre Médicale de Garde :**

Le registre côté et paraphé par le gestionnaire responsable, le praticien responsable de la garde mentionnera le déroulement des activités de garde.

La prise et le relève de la garde se font par passation des consignes entre les responsables médicaux des équipes de garde. IL sera procédé à un constat des lieux et à un inventaire du matériel et du consommable.

**7.1.5 - Fiche Médicale de Garde (Modèle en Annexe) :**

Cette fiche sera tenue par le praticien responsable médical de la garde .Elle servira à l'évaluation des activités de la garde et des conditions de déroulement de la garde. Elle sera adressée au Chef de service ou médecin coordinateur de sous-secteur et au Directeur de la Structure Sanitaire.

**7.1.6 - Rapport de garde :**

Il sera instauré obligatoirement le lendemain de la garde, un colloque médical dirigé par le chef de service concerné, qui regroupera l'équipe médicale de garde et le reste des praticiens du service. À l'issue de ce colloque un rapport sera établi, dont une copie sera transmise à la direction de l'établissement pour exploitation.

**8- CONDITIONS DE TRAVAIL**

Le personnel assurant la garde doit trouver au sein du service de garde le confort physique et moral afin d'offrir une disponibilité effective et efficace.

**REMARQUES**

Il vous est demandé de mener toute action permettant non seulement une meilleure organisation et un fonctionnement efficient des urgences médico-chirurgicales, mais également et surtout une rationalisation des moyens y afférant (particulièrement dans la fixation des points de garde), celle-ci doit impérativement se faire sous l'égide du conseil régional avec l'implication des comités des urgences médico-chirurgicales des Wilayate.

J'attache une attention particulière à la stricte application de cette instruction.

**LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

وزير الصحة والسكان  
الاستاذ يحي قيدوم

**FICHE MEDICALE DE GARDE**

**STRUCTURE  
SERVICE**

**GARDE DU AU**

	<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>QUALITE</b>
<b>RESPONSABLE DE LA GARDE</b>			

**ACTIVITE DE LA GARDE**

<b>MALADES</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
<b>MALADES EXAMINES</b>		
<b>MALADES HOSPITALISES</b>		
<b>MALADES AYANT SUBIS UNE INTERVENTION CHIRURGICALE</b>		
<b>MALADES RECUS PAR EVACUATIONS ORIGINES ETS MOTIFS</b>		
<b>MALADES TRAITES A TITRE EXTERNES</b>		
<b>MALADES EVACUES MOTIFS LIEU D'EVACUATION</b>		

**DIFFICULTES RENCONTREES PENDANT LA GARDE :**

**SUGGESTIONS :**

**VISA DU DIRECTEUR DE GARDE**

**LE PRATICIEN RESPONSABLE DE LA GARDE**



**Décret exécutif n° 03-38 du 17 Dhou El kaada 1423 correspondant au 19 janvier 2003  
modifiant et complétant la tableau annexé au décret exécutif n° 97-437 du 16 Radjab  
1418 correspondant au 17 novembre 1997 instituant une indemnité de garde au profit  
des personnels des structures de santé assurant la garde.**

Le Chef de Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie El Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

Vu le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des personnels paramédicaux ;

Vu le décret exécutif n° 97-437 du 16 Rajab 1418 correspondant au 17 novembre 1997 portant institution d'une indemnité de garde au profit des personnels des structures de santé assurant la garde ;

Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant des règle de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés ;

Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant des règle de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant des règle de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le tableau annexé au décret exécutif n° 97-437 du 16 Radjab 1418 correspondant au 17 novembre 1997, susvisé, est modifié et de complété conformément au tableau joint en annexe du présent décret.

**Article 2** : Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Dhou El Kaada 1423 correspondant au 19 janvier 2003.

**Ali BENFLIS.**

**ANNEXE**

**BAREME DE REMUNERATION DE LA GARDE (EN DINARS)**

CATEGORIES DE PERSONNEL	JOURS OUVRABLES	JEUDIS VENDREDIS	JOURS FERIES
Professeur	1400	1500	1700
Docent ou spécialiste de santé publique chef	1300	1400	1600
Spécialiste de santé publique principal	1200	1300	1500
Maître-assistant ou spécialiste de santé publique assistant	1100	1200	1400
Résident ou médecin généraliste ou chirurgien dentiste généraliste	900	1000	1200
Paramédical principal	750	900	1100
Paramédical diplômé d'Etat	600	700	800
Paramédical breveté ou technicien biomédical	500	600	700
Aide- soignant, Aide-prothésiste dentaire, aide préparateur en pharmacie, aide manipulateur en radiologie, aide laborantin	400	500	600
Directeur de garde :			
- chef d'établissement ou secrétaire général CHU ou directeur d'unité de CHU	1000	1100	1300
- directeur adjoint	750	900	1100
- fonctionnaire ayant au moins le grade assistant administratif ou grade équivalent.	600	700	800

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**VCJ OFF N° 004 LE 28 JANVIER 2004**

**SECRETARIAT GENERAL**

A

- MME ET MM LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA POPULATION « tous »
- MME ET MM LES DIRECTEURS DES EHS ET DES SECTEURS SANITAIRES « tous »
- MME ET MM LES D.G « tous »

**OBJET :** *Instruction relative à la récupération après une garde*

**TEXTE N° 004**

LA GARDE CONSTITUE UNE OBLIGATION LEGALE POUR LES PERSONNELS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX ELLE EST REMUNEREE ET CONCERNE ACTUELLEMENT LES PRATICIENS MEDICAUX GENERALISTES ET L'ESSENTIEL DES DISCIPLINES MEDICALES CONFORMEMENT AU DECRET EXECUTIF N° 97-437 DU 17 NOVEMBRE 1997 INSTITUANT UNE INDEMNITE DE GARDE AU PROFIT DES PERSONNELS DES STRUCTURES DE SANTE ASSURANT LA GARDE .STOP

LA GARDE EST STRESSANTE ET FATIGUANTE EN RAISON NOTAMMENT DU STATUT DES MALADES QUI S'Y PRESENTENT DE LA LONGUEUR DE SA DUREE ET DES HORAIRES SOUVENT DE NUIT DE SON EXERCICE .STOP

LA FATIGUE RESULTANT DE LA GARDE CONSTITUE UN HANDICAP POUR LE PERSONNEL CONCERNE CONTRAINT DE POURSUIVRE SON ACTIVITE IMMEDIATEMENT APRES CETTE GARDE ELLE REDUIT LES APTITUDES PHYSIQUES DU PERSONNEL CONCERNE CE QUI PEUT INDIUIRE DES RISQUES D'ERREURS PREJUDICIALES POUR LE MALADE. STOP

C'EST LA RAISON POUR LA QUELLE LA RECUPERATION APRES UNE GARDE S'AVERE INDISPENSABLE. STOP

EN CONSEQUENCE LES GESTIONNAIRES ET LES RESPONSABLES DES STRUCTURES DE SOINS DOIVENT INTEGRER CETTE DONNEE DANS LA PROGRAMMATION ET L'ORGANISATION DES ACTIVITES MEDICALES ET PARAMEDICALES. STOP

UNE PERIODE DE REPOS D'UNE JOURNEE POUR LA RECUPERATION EST DESORMAIS ACCORDEE A TOUT LE PERSONNEL CONCERNE IMMEDIATEMENT APRES AVOIR ASSURE SA GARDE IL DEMEURE ENTENDU QUE CETTE PERIODE NE SAURAIT ETRE EXIGIBLE SI LA GARDE EST SUIVIE D'UN WEEK-END D'UNE FETE OU DE TOUTE PERIODE DE REPOS LEGAL. STOP

J'ATTACHE UNE GRANDE IMPORTANCE A LA STRICTE APPLICATION DE LA PRESENTE INSTRUCTION ET INVITE LES GESTIONNAIRES A ME FAIRE PART DE TOUTE DIFFICULTE RENCONTREE LORS DE SON APPLICATION STOP ET FIN

**SIGNE / R. BENKHELIL**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

Le Ministre

الوزير

N° 01 MSPRH/MIN

**INSTRUCTION N° 01 DU 5 JANVIER 2005 COMPLETANT L'INSTRUCTION N° 007 DU 17 AOUT 2004, MODIFIANT ET COMPLETANT L'INSTRUCTION N° 001 MSP/CAB DU 07 JANVIER 1998 RELATIVE AUX MODALITES D'APPLICATION DU DECRET N° 97-437 DU 17 NOVEMBRE 1997 PORTANT INSTRUCTION D'UNE INDEMNITE DE GARDE AU PROFIT DES PERSONNELS DES STRUCTURES DE SANTE ASSURANT LA GARDE.**

**Destinataires :**

- Les Directeurs de la Santé et de la Population
- Les Directeurs Généraux des C.H.U
- Les Directeurs des E.H.S
- Les Directeurs des Secteurs Sanitaires
- Pour suivi
- Pour exécution
- Pour exécution
- Pour exécution

Par instruction n° 007 du 17 Août 2004, j'ai attiré votre attention sur les insuffisances constatées dans l'organisation et le fonctionnement de la garde et les mesures prises en vue d'assurer la sécurité et le confort des patients hospitalisés ou admis en urgence, par une offre continue des soins spécialisés.

A ce titre et en complément de l'instruction citée ci-dessus, il s'avère utile d'élargir la garde à l'ensemble des spécialités médicales, comportant une hospitalisation.

Les dispositions de mise en place des mesures y afférentes sont celles indiquées dans l'instruction n° 007 du 17 Août 2004.

J'attire tout spécialement votre attention sur le fait qu'il appartient aux conseils médicaux ou scientifiques de juger de l'opportunité et de la pertinence de la mise en place des gardes en fonction des besoins de l'établissement.

Je vous rappelle, en outre qu'un rapport faisant le point de la situation dans votre établissement devra m'être adressé dans un délai de six mois, à compter de la date de réception de la présente instruction.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**PR Mourad REDJIMI**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**DIRECTION DES SERVICES DE SANTE**

**N° 03..../MSP/DSS/98**

**INSTRUCTION N° 03 DU 18 AVRIL 1998**

**DESTINATAIRES -MR LE DSPS DU GOUVERNORAT DU GRAND –ALGER**  
**-MRS LES D.S.P.S (TOUS)**  
**-MRS LES D.G. DES C.H.U. (TOUS)**

**OBJET :** EVACUATION DE MALADES  
**REF :** MON TELEX N° 96 DU MARS 1996  
**P.....J :** UNE ( 1 )

Il est apparu nécessaire une fois de plus de vous rappeler la procédure à suivre dans le cadre d'une évacuation d'un malade d'un établissement à un autre procédure qui vous a été notifiée par mon télex visé en référence.

Sauf dans le cadre de l'urgence avérée, l'évacuation d'un malade est soumise aux conditions suivantes.

- 1) – Avoir l'accord du chef de service de l'établissement d'accueil.
- 2) – Le praticien ayant préconisé le transfert doit obligatoirement saisir le chef de service d'accueil par message (téléx ou fax) mentionnant, sommairement les motifs.
- 3) – Le malade doit être muni obligatoirement d'une fiche de liaison et de prise en charge établie selon modèle joint.

Il est impératif, en cas d'évacuation en urgence que le patient soit mis en condition (Ex : voie d'abord etc.....) pour lui laisser le maximum de sécurité pour son transfert.

Le non respect de ces directives a eu dans certains cas, outre les désagréments de <sup>2</sup> BALLOTER <sup>2</sup> les malades d'un hôpital à un autre, l'abandon de ces patients au niveau du ministère de la santé et de la population.

Aussi j'ai l'honneur de vous informer que la non observation de ces règles peut entraîner la saisie de l'ambulance et des sanctions disciplinaires à l'encontre responsables défailants.

**MR GUENNAR A.E.K**  
**DIRECTEUR DES SERVICES DE SANTE.**

**INSTRUCTION N°007 /MSPRH/ MIN du 03 Septembre 2006**

**Annulant et remplaçant l'instruction N°3 du 18 avril 1998 fixant les conditions d'évacuation de malades.**

**DESTINATAIRES:**

- Mme et Mrs. Les DSP, en communication aux établissements publics, parapublics et privés.
- Mmes et Mrs les DG des CHU.
- Mr le DG de L'EHU d'Oran.
- Mrs les DG des EH.
- Mrs les Directeurs des EHS.
- Mmes et Mrs les Directeurs des Secteurs sanitaires.

L'évacuation d'un malade est décidée lorsque l'établissement hospitalier auquel il s'est adressé n'est pas en mesure de lui dispenser les soins médicaux nécessaires.

Devant l'absence de spécialistes d'équipement, les établissements hospitaliers se voient obligés de faire recours, pour des impératifs de santé des malades, à d'autres structures situées dans la wilaya ou hors wilaya.

Des dérives graves de conséquences ont été relevées dans l'application de l'instruction n°03 du 18 avril 1998 relative aux évacuations de malades entre établissements hospitaliers (intra et inter wilaya).

Ces dérives sont notamment:

-la fuite des responsabilités en évacuant le malade, alors que tous les moyens humains et matériels sont disponibles sur place ou pour d'autres raisons infondées et inavouées.

-L'énigmatique ascension du nombre des évacuations la veille des week-ends et des jours fériés.

-Certains médecins spécialistes du secteur privé conventionnés avec le secteur public n'hésitent pas à évacuer délibérément des malades qu'ils sont censés soigner dans le secteur public avec lequel ils sont conventionnés vers leurs structures privées d'attachement, plus grave encore ils vont jusqu'à les réévacuer vers les structures publiques en cas de complications graves allant jusqu'au décès du malade.

-Comme certains praticiens du secteur public de santé vont jusqu'à traiter des malades au profit occulte de certaines structures privées, malades qui leurs sont orientés par ces dernières, en leur fournissant des soins et des produits pharmaceutiques.

**L'évacuation infondée qui cause des préjudices aux malades :**

**Complication, voire décès, est un acte réprimé par la loi.**

Beaucoup d'évacuations durant le premier semestre 2006, l'année 2005 et les années précédentes ont été à l'origine de complications de l'état de santé des malades évacués, voire de leur décès au cours de leur évacuation.

Le nombre d'évacuations comptabilisé durant l'année 2005 s'élève à :

97 871 évacuations. Celui-ci a induit 735 860 journées d'hospitalisation et causé une charge financière de l'ordre de 4 milliards de DA.

Le système de garde instauré au niveau des établissements hospitaliers est avant tout une responsabilité et une collaboration qui implique les équipes : médicale, paramédicale et administrative, dont le seul but est la prise en charge des malades et leur évacuation éventuelle dans les meilleures conditions de soins et d'hospitalisation.

L'évacuation n'est en aucun cas une orientation car elle obéit à des dispositions: médicale, technique et administrative précise à des niveaux différents. Elle doit faire l'objet du registre d'évacuation selon le modèle ci-joint (support n°01) en support papier et support informatisé et d'un registre d'accueil des malades évacués selon le modèle ci-joint (support n°02) en support papier et support informatisé.

Devant cette situation, les instructions suivantes sont édictées :

**I-Etablissements publics :**

❖ Les dispositions sont les suivantes:

**A. médical**

- Consultation avec l'inscription sur le registre d'urgences.
- Prise en charge et mise en condition requise du malade en vue de son évacuation.
- Accord médical de l'établissement de santé d'accueil, demandé et donné par tout moyen de communication et consigné par les structures concernées : évacuatrice et d'accueil.

**B- administratif**

**1- Pendant les heures de travail**

- La fiche d'évacuation du malade est établie conjointement par le Directeur ou par son représentant dûment désigné par lui, le médecin évacuateur et/ou le surveillant médical (support n°03),
- Le moyen d'évacuation doit être sécurisé (ambulance, accompagnateur médical ou à défaut paramédical),
- L'accord du directeur de l'établissement d'accueil ou de son représentant dûment désigné par lui est indispensable,
- Les procédures d'admission doivent être accomplies par les accompagnateurs du malade : le chauffeur ambulancier, le médecin ou à défaut le paramédical.

**2- En dehors des heures de travail**

- La fiche d'évacuation du malade est établie conjointement par le Directeur de garde et le médecin de garde évacuateur et/ou le surveillant médical (support n° 03),
- Le moyen d'évacuation doit être sécurisé (ambulance, accompagnateur médical ou à défaut paramédical),
- L'accord du directeur de l'établissement d'accueil ou de son représentant dûment désigné par lui est indispensable,
- Les procédures d'admission doivent être accomplies par l'équipe accompagnatrice du malade.

❖ **Au niveau de l'établissement hospitalier d'accueil, les dispositions sont les suivantes :**

**1. Pendant les heures de travail**

- La fiche de réception du malade est établie conjointement par le Directeur de l'établissement d'accueil ou par son représentant dûment désigné par lui, le médecin et/ou le surveillant médical de l'établissement d'accueil (support n°04),

**2. En dehors des heures de travail**

- La fiche de réception du malade est établie conjointement par le Directeur de garde, le médecin de garde et/ou le surveillant médical de garde de l'établissement d'accueil (support n°04),

**II- Etablissements parapublics et privés :**

Les évacuations de malades des établissements parapublics et privés vers les établissements publics de santé doivent obéir aux dispositions suivantes :

- L'accord préalable de l'établissement de santé d'accueil,
- La prise en charge et mise en condition requise du malade en vue de son évacuation, le malade doit être évacué d'une manière sécurisée et accompagné d'un personnel médical ou à défaut paramédical,
- Le passage obligatoire par le service des urgences,
- Le dossier médical complet avec tous les soins prodigués en plus des motifs d'évacuation,
- La fiche d'évacuation du malade (support n° 03) est contre signée :

**- dans le secteur privé :**

- Médecin évacuateur,
- Directeur médical de l'établissement privé,
- Auxiliaire médical accompagnateur.

**- dans le secteur public :**

- Médecin évacuateur,
- Responsable du centre médico-social (CMS),
- Auxiliaire médical accompagnateur.

- La fiche de réception du malade (support n°04) obéit aux mêmes procédures.

**1- Pendant les heures de travail**

- La fiche de réception du malade est établie conjointement par le Directeur de l'établissement d'accueil ou par son représentant dûment désigné par lui, le médecin et/ou le surveillant médical de l'établissement d'accueil (support n°04),

**2- En dehors des heures de travail**

- La fiche de réception du malade est établie conjointement par le Directeur de garde, le médecin de garde et/ou le surveillant médical de garde de l'établissement d'accueil (support n°04),

Les établissements de santé évacuateurs publics, parapublics et privés sont responsables de la mobilisation des moyens humains et matériels en vue de l'évacuation des malades, objet de la présente instruction.

L'application rigoureuse de la présente instruction devra permettre de réduire les évacuations entre les établissements de santé de 50% à la fin 2006 et à 80% à la fin 2007.

La présente instruction annule et remplace l'instruction n°03 du 18 Avril 1998 fixant les conditions d'évacuation des malades.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمر تو

**FICHE D'EVACUATION DE MALADE ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE**

**(support n° 03)**

Identification de l'établissement évacuateur (Nom et Adresse exacte) :

Public :.....  
Parapublic :.....  
Privé :.....

Date..... heure de départ de l'évacuation :.....

Identification du service évacuateur :

Identification du médecin évacuateur :

Renseignements sur le malade :

- Nom :..... Prénom :.....
- Nom de l'époux :.....
- Date et lieu de naissance :.....
- Adresse : .....wilaya .....
- Caisse de sécurité sociale : .....Numéro d'immatriculation .....
- Autres .....

Renseignements cliniques :.....

.....

Prestations dispensées :.....

.....

Motif d'évacuation :.....

Identification de l'établissement d'accueil :.....

Moyens d'évacuation : Ambulance- ambulance médicalisées- Autres moyens

Identification de ou des accompagnateurs et signature :.....

SIGNATURES

Le médecin

Le Directeur d'établissement  
ou son représentant

Auxiliaire médical

Le Directeur de garde  
ou

Le Directeur médical  
ou

Le médecin de cabinet privé  
ou

Le responsable du centre médico-social (CMS)



**FICHE DE RECEPTION DE MALADE (support n° 04)**

Identification de l'établissement d'accueil (Nom et Adresse exacte) :

- Public :.....
- Privé :.....

Date..... heure d'arrivée du malade évacué :.....

Identification du service d'accueil :

Identification du médecin d'accueil :

Renseignements sur le malade :

- Nom :..... Prénom :.....
- Nom de l'époux :.....
- Date et lieu de naissance :.....
- Adresse : .....wilaya .....
- Caisse de sécurité sociale : .....Numéro d'immatriculation .....
- Autres .....

Etat du malade à l'arrivée :- Vivant.....DCD.....

Identification de l'établissement évacuateur :.....

Identification de ou des accompagnateurs et signature :.....

SIGNATURES

Le médecin

Le Directeur d'établissement  
ou son représentant

Auxiliaire médical

Le Directeur de garde



# **ORSEC et Situation d'Urgence**

# Décret n° 85-231 du 25 août 1985 fixant les conditions et modalités d'organisation et de mise en œuvre des interventions et secours en cas de catastrophes

Le Président de la République,  
Vu le décret n° 64-129 du 14 avril 1964 portant organisation administrative de la protection civile.  
Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966 portant code de procédure civile.  
Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin portant code de procédure pénale.  
Vu l'ordonnance n° 67-24 du 18 janvier 1967 portant code communal.  
Vu l'ordonnance n° 69-38 du 23 mai 1969 portant code de wilaya.  
Vu l'ordonnance n° 71-74 du 16 novembre 1971 relative à la gestion socialiste des entreprises  
Vu le décret n° 74-255 du 28 décembre 1974 fixant les modalités de constitution, les attributions et le fonctionnement de la commission d'hygiène et de sécurité dans les entreprises socialistes.  
Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975 portant code civil.  
Vu le décret n° 81-267 du 10 octobre 1981 relatif aux attributions du président de l'assemblée populaire communale en matière de voirie, de salubrité et de tranquillité publiques.  
Vu la loi n° 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement.  
Vu le décret n° 83-373 du 28 mai 1983 précisant les pouvoirs du wali en matière de sécurité et de maintien de l'ordre public.  
Vu le décret n° 83-545 du 24 septembre 1983 portant composition, organisation et fonctionnement du conseil exécutif de wilaya.  
Vu la loi n° 84-12 du 23 juin 1984 portant régime général des forêts.  
Vu le décret n° 84-55 du 3 mars 1984 portant institution d'un périmètre de protection des installations et infrastructures.  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

## Décète :

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret fixe les conditions et modalités d'organisation des interventions et secours en cas de catastrophes sur les différentes autorités agissant dans le cadre des lois et règlements en vigueur et conformément à leurs prérogatives et attributions.

**Article 2** : Les interventions des organes compétents doivent s'inscrire dans le cadre des plans d'organisation des interventions et secours préalablement établis.

Le plan d'organisation des interventions et secours identifie l'ensemble des moyens humains et matériels à mettre en œuvre, en cas de catastrophes et fixe les conditions de cette mise en œuvre.

**Article 3** : Chaque wilaya, commune et unité doit élaborer son propre plan d'organisation des interventions et secours.

**Article 4** : Lorsqu'un risque est commun à deux ou plusieurs wilayas, communes ou unités, ces dernières élaborent un plan unique intégrant totalement ou partiellement, selon la nature du risque, leur plan de base.

**Article 5** : par référence à la nature de la zone et à celle du risque ainsi qu'à l'ampleur de ce dernier, le plan d'organisation des interventions et secours recense l'ensemble des moyens nécessaires mobilisables, en cas ailleurs, l'ordre de leur mobilisation et les modalités de leur mise en œuvre.

**Article 6** : Les organes chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans d'organisation des interventions et secours mettent en œuvre toutes mesures destinées à l'actualisation permanente du plan.

Ils doivent, en particulier, s'assurer que les moyens nécessaires mobilisables seront disponibles au moment de l'intervention.

**Article 7** : Les moyens prévus par les plans d'organisation des interventions et secours sont mis en œuvre par référence à l'origine et à la nature de la catastrophe et en fonction de l'ampleur du péril et des effets sur les personnes, les biens et / ou l'environnement.

**Article 8** : Les plans d'organisation des interventions et secours de l'unité, de la commune et de la wilaya sont régulièrement testés par des exercices et des simulations portant, selon le cas, soit sur l'unité, la commune ou la wilaya, soit dans le cadre de plans intégrés.

**Article 9** : Toute unité relevant d'un organisme public ou privé établi, suivant les dispositions du présent décret, un projet de plan d'organisation des interventions et secours appelés à être mis en œuvre en cas de catastrophe.

Ledit projet de plan est élaboré par le responsable de l'unité, conjointement avec les services de la protection civile et soumis au président de l'assemblée populaire communale, territorialement compétent, pour approbation, sous réserve des dispositions des articles 13 et 15 ci-dessous.

**Article 10** : Est entendu, au sens du présent décret, comme unité tout immeuble servant à une activité présentant un risque.

**Article 11** : Le plan d'organisation des interventions et secours de l'unité est mis en œuvre par le responsable de l'unité.

**Article 12** : Dans le cadre du décret n° 84-55 du 3 mars 1984 susvisé, le responsable de l'établissement, de l'entreprise ou de l'unité d'administration de la zone industrielle élaboré, conjointement avec les services de la protection civile et les responsables d'unités, le projet de plan d'organisation des interventions et secours de la zone.

Le plan d'organisation des interventions et secours de la zone intègre les plans des unités.

**Article 13** : Le plan d'organisation des interventions et secours de la zone industrielle, arrêté et approuvé par le wali, est mis en œuvre par le responsable de l'administration de la zone.

**Article 14** : Le plan d'organisation des interventions et secours visés aux articles 9 et 11 ci-dessus sont élaborés et adaptés, le cas échéant, au cadre fixé par le décret n° 84-105 du 12 mai 1984 susvisé.

**Article 15** : Dans le cadre des dispositions de l'article 6 du décret n° 84-105 du 12 mai 1984 susvisé, le wali, territorialement compétent, veille à l'intégration au plan d'organisation des interventions et secours du périmètre de protection des installations et infrastructures.

**Article 16** : Dans le cadre de l'ordonnance n° 67-24 du 18 janvier 1967 susvisée, le président de l'assemblée populaire communale veille à l'élaboration des plans d'organisation des interventions et secours au titre de la commune.

A ce titre, il est chargé de centraliser et de coordonner les plans des unités implantées sur le territoire de sa commune ainsi que les plans des zones industrielles relevant de la commune.

**Article 17** : Chaque commune élabore son plan d'organisation des interventions et secours.

Le projet de plan d'organisation des interventions et secours de la commune est élaboré par le président de l'assemblée populaire communale conjointement avec les services de la protection civile.

Il est adopté par l'assemblée populaire communale et est soumis au wali pour approbation.

**Article 18** : Le plan communal d'organisation des interventions et secours intègre les plans visés à l'article 12 ci-dessus ainsi que les plans des zones industrielles et la commune.

**Article 19** : Le plan communal d'organisation des interventions et secours est arrêté par le président de l'assemblée populaire communale qui le met en œuvre.

**Article 20** : Dans le cadre de l'ordonnance n° 69-38 du 23 mai 1969 susvisée, le wali veille à l'élaboration des plans d'organisation des interventions et secours de la wilaya.

A ce titre, il est chargé de centraliser et de coordonner les plans des communes, ceux résultant des articles 13 et 15 ci-dessus ainsi que ceux de la wilaya.

**Article 21** : Chaque wilaya élabore son plan d'organisation des interventions et secours, le projet de plan d'organisation des interventions et secours de wilaya et élaboré, sous l'autorité du wali, par les services concernés.

Le plan d'organisation des interventions et secours de la wilaya est arrêté et mis en œuvre par le wali.

**Article 22 :** Le plan d'organisation des interventions et secours de la wilaya intègre les plans visés aux articles 9, 12, 14 et 17 ci-dessus.

**Article 23 :** Les plans d'organisation des interventions et secours sont coordonnés pour leur mise en œuvre totale ou partielle, dans le cadre d'un programme national en la matière.

Ledit programme qui détermine les zones à risque et les secours pour lesquels des dispositions particulières doivent être prises, compte tenu de la nature ou de l'ampleur du risque, est fixé par arrêté du ministre de l'intérieur et des collectivités locales conjointement, le cas échéant, avec le ou les ministres concernés.

**Article 24 :** Dans le cadre visé à l'article précédent, les plans d'organisation des interventions et secours prévus à l'article 21 ci-dessus sont notifiés, dès leur adoption définitive, à la structure centrale chargée de la protection civile.

**Article 25 :** Le plan d'organisation des interventions et secours de la wilaya, de la commune ou de l'unité recense les personnels dotés d'autorité nécessaire à sa mise en œuvre.

Il détermine les procédures d'alerte et de circulation de l'information.

**Article 26 :** Dans le cadre des dispositions de l'article 25 ci-dessus, chaque administration, organisme, ou structure, public ou privé doté d'un plan d'organisation des interventions et secours est tenu d'organiser une permanence d'alerte.

**Article 27 :** La direction des opérations du plan d'organisation des interventions et secours de la wilaya est assurée par un poste de commandement placé sous l'autorité du wali assistée des membres de la commission de sécurité, des responsables de modules d'interventions concernés et élargit aux membres du bureau de coordination et aux responsables de la protection civile de la wilaya. En cas d'empêchement du wali, son intérimaire le remplace jusqu'à désignation éventuelle d'un autre responsable.

**Article 28 :** La direction des opérations du plan d'organisation des interventions et secours de la commune est assurée par un poste de commandement placé sous l'autorité du président de l'assemblée populaire communale, assisté des responsables des modules d'interventions concernés, des membres de l'exécutif communal et des responsables des services de la protection civile et ceux de la sécurité.

En cas d'empêchement du président de l'assemblée populaire communale, son intérimaire le remplace jusqu'à désignation éventuelle d'un autre responsable.

**Article 29 :** Le poste de commandement du plan d'organisation des interventions et secours de la wilaya ou de la commune est l'unique organe responsable des opérations.

A ce titre, il est chargé notamment :

- d'apprécier l'ampleur de la catastrophe ;
- d'évaluer les besoins pour mettre en œuvre totalement ou partiellement le plan ;
- de rassembler les moyens à mettre en œuvre ;
- d'organiser les opérations de secours et de sauvetage ;
- de prendre, éventuellement, toutes mesures d'appel au renfort ;
- de veiller à la circulation de l'information ;
- de veiller à la sécurité et à la circulation des personnes et des biens ;
- de veiller au recasement de la population sinistrée ;
- de réquisitionner, le cas échéant, tout moyen supplémentaire ;
- d'établir le bilan général des opérations.

**Article 30 :** La direction des opérations du plan d'organisation des interventions et secours de l'unité est assurée par un poste de commandement, placé sous l'autorité du chef de l'unité, assisté des responsables des modules concernés, des responsables de la protection civile et ceux de la sécurité.

Ledit poste de commandement est chargé notamment :

- d'apprécier l'ampleur de la catastrophe ;
- d'évaluer les besoins pour mettre en œuvre totalement ou partiellement le plan ;
- de rassembler les moyens à mettre en œuvre ;
- d'organiser les opérations de secours et de sauvetage ;
- de prendre, éventuellement, toutes mesures d'appel au renfort ;
- de veiller à la circulation de l'information ;
- de veiller à la sécurité et à la circulation des personnes et des biens à l'intérieur de l'unité

**Article 31 :** La direction technique des opérations prévues par les plans d'organisation des interventions et secours de la wilaya, de la commune et de l'unité est assurée par le responsable de la protection civile concerné.

**Article 32 :** Lorsque la catastrophe affecte plusieurs wilayas, ou encore, lorsque les opérations d'interventions impliquent la mise en œuvre, de deux ou plusieurs plans de wilayas, la coordination des interventions et secours est assurée par l'organe central chargé de la protection civile, suivant les modalités fixées dans le cadre des dispositions de l'article 23 ci-dessus.

**Article 33 :** Les plans d'organisation des interventions et secours de la wilaya, de la commune et de l'unité sont constitués de modules d'intervention.

**Article 34 :** Les modules d'intervention au niveau de la wilaya sont :

- secours et sauvetage ;
- sécurité et ordre public ;
- soins médicaux, évacuation et hygiène ;
- expertises et conseils ;
- matériels et équipements divers ;
- liaisons et télécommunications ;
- information ;
- recasement provisoire ;
- approvisionnement en alimentation et secours en nature ;
- transport ;
- hydraulique ;
- énergie ;
- travaux publics ;
- évaluation, bilan.

**Article 35 :** Les modules d'intervention au niveau de la commune sont :

- secours et sauvetage ;
- sécurité et ordre public ;
- soins médicaux, évacuation et hygiène ;
- matériels et équipements divers ;
- liaisons et télécommunications ;
- information ;
- recasement provisoire ;
- transport

**Article 36 :** Les modules d'intervention au niveau de l'unité sont :

- secours et sauvetage ;
- sécurité et ordre public ;
- soins médicaux, évacuation et hygiène ;
- matériels et équipements divers ;
- liaisons et télécommunications ;
- transport

**Article 37 :** Le responsable de module d'intervention assure des missions opérationnelles lors de la mise en œuvre du plan d'organisation des interventions et secours et veille à la continuité des activités des organismes placés sous son autorité.

**Article 38 :** Chaque responsable de module d'intervention est chargée d'organiser une base logistique, pour assurer le soutien des opérations d'intervention et de secours.

**Article 39 :** Les moyens de chaque base logistique comprennent, outre ceux des organismes relevant du responsable du module, les moyens des organismes implantés dans le territoire de la wilaya, de la commune ou ceux de l'unité, similaire et susceptibles d'être utilisés dans le cadre de la mission de chaque module.

**Article 40 :** Des arrêtés du ministre de l'intérieur et des collectivités locales pris conjointement, le cas échéant, avec le ou les ministres concernés détermineront, en tant que de besoin, les modalités de mise en œuvre des dispositions du présent décret.

**Article 41 :** Les dispositions du présent décret ne s'appliquent pas aux organismes relevant de la défense nationale, lesquels demeurent régis par les règlements d'administration militaire qui leur sont applicables.

Le concours éventuel de l'Armée nationale populaire, à la mise en œuvre des opérations résultant de l'application des dispositions du présent décret, demeure régi par les règlements d'administration militaire.

**Article 42 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Août 1985.

**Chadli BENDJEDID.**

## Décret n° 85-232 du 25 août 1985 relatif à la prévention des risques de catastrophes

Le Président de la République,

Vu le décret n° 64-129 du 14 avril 1964 portant organisation administrative de la protection civile.

Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant code pénal.

Vu l'ordonnance n° 67-24 du 18 janvier 1967 portant code communal.

Vu l'ordonnance n° 69-38 du 23 mai 1969 portant code de la wilaya.

Vu le décret n° 74-255 du 28 décembre 1974 fixant les modalités de constitution, les attributions et le fonctionnement de la commission d'hygiène et de sécurité dans les entreprises socialistes.

Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975 portant code civil.

Vu le décret n° 81-267 du 10 octobre 1981 relatif aux attributions du président de l'assemblée populaire communale en matière de voirie, de salubrité et de tranquillité publique.

Vu la loi n° 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement.

Vu le décret n° 83-373 du 28 mai 1983 précisant les pouvoirs du wali en matière de sécurité et de maintien de l'ordre public.

Vu le décret n° 85-231 du 25 août 1985 fixant les conditions et modalités d'organisation et de mise en œuvre des interventions et secours en cas de catastrophes.

### Décrète :

**Article 1 :** Dans le cadre des lois et règlements en vigueur, toute autorité ou organe habilité est tenu de prendre et de mettre en œuvre les mesures et normes réglementaires et techniques de nature à éliminer les risques susceptibles de mettre en danger la sécurité des personnes, des biens et de l'environnement ou à en réduire les effets.

**Article 2 :** Chaque ministre veille à la mise en œuvre des dispositions visées à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus et définit pour son secteur, le cas échéant, conjointement avec le ministre de l'intérieur et des collectivités locales, le dispositif du plan de prévention des risques d'origine naturelle ou technologique en rapport avec l'action et ou l'activité de son secteur.

**Article 3 :** Chaque wali veille à la mise en œuvre et à l'adaptation éventuelle, aux communes de sa wilaya, des mesures et normes arrêtées en matière de prévention des risques.

**Article 4 :** Dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions de l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, chaque ministre arrête, pour son secteur, le ou les programmes périodiques correspondant du dispositif de prévention.

Il veille, le cas échéant conjointement avec le ministre de l'intérieur et des collectivités locales, à l'exécution du programme arrêté pour son secteur.

**Article 5 :** Par application du programme prévu à l'article 4 ci-dessus, chaque entreprise, établissement, unité ou organisme met en place le plan de prévention des risques conforme à ses activités et aux normes du dispositif arrêté.

Dans ce cadre, l'autorité de tutelle veille à l'intervention effective et à la mise à jour du dispositif prescrit.

**Article 6 :** Chaque ministre arrête conjointement avec le ministre concerné des mesures de formalité des personnels appelés à mettre en œuvre les programmes de prévention.

**Article 7 :** Chaque ministre arrête et /ou met en œuvre, le cas échéant conjointement avec le ministre de l'intérieur et des collectivités locales et le ou les ministres concernés, les programmes d'informations et de sensibilisation sur les risques inhérents à son secteur d'activité.

**Article 8 :** Il est institué au sein des entreprises, établissements, unités et organismes publics et privés une cellule de prévention des risques.

Dans le cadre de la réglementation en vigueur et sous l'autorité du responsable de l'entreprise, l'établissement, l'unité et ou l'organisme public et privé, ladite cellule est chargée en relation avec le service de la protection civile concerné, notamment de :

Mettre en œuvre le dispositif de prévention.

Assurer la gestion du plan d'organisation des interventions et secours prévu par le décret n° 85-231 du 25 Août 1985 susvisé.

**Article 9 :** Le service de protection civile, territorialement compétent, assume le contrôle permanent du dispositif de prévention des risques dans ses dispositions et effets liés à la mise en œuvre des dispositions du décret n° 85-231 du 25 Août 1985 susvisé.

**Article 10 :** Les dispositions du présent décret ne s'appliquent pas aux organismes relevant de la défense nationale qui demeurent régis par le règlement d'administration militaire qui leur est applicable.

**Article 11 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Août 1985

Chadli BENDJEDID.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE.**

MINISTERE DE LA SANTE  
Direction de la prévention  
Sous-direction de la prévention générale

**INSTRUCTION N° 103 MS/DP/SDPG DU 06 FEV 1991**

**OBJET :** PLAN D'INTERVENTION EN CAS D'EPIDEMIE.

**REF. :** - Décret n°85-231 du 25/08/1985 fixant les conditions et modalités d'organisation et mise en œuvre des interventions et secours en cas de catastrophe.

- Instruction n°268 MS/CAB du 21/11/1990 relative à la mise en place d'un dispositif pour répondre a une catastrophe ou un événement exceptionnel.

**P.L. :** - Quatre (4) fiches : n°1,2,3,et4.

Treize (13) sous fiches : A1, A2,A3,B1,B2,B3,B4,B5,C1,C2,D1,D2,et D3

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint un modèle de plan d'action a mettre en œuvre lors de L'apparition d'une situation épidémique.

Ce modèle de plan d'action comprend quatre (4) fiches principales (1,2,3,et4) et treize (13) sous fiches ( A1, A2 , A3, B1 , B2 , B3 , B4 , B5 ,C1 , C2 , D1 , D2 et D3 ).

J'accorde la plus haute importance a la diffusion et l'application de ce plan d'intervention en cas d'épidémie au niveau de tous les secteurs sanitaires et services concernés.

**Le Directeur de la Prévention.**

**PLAN D'ACTION EN CAS DE SURVENUE D'UNE EPIDEMIE :**

- |                                                                                               |       |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| 1. disposer des cartes des secteurs et des autres documents graphiques                        |       | voir fiche n°1        |
| 2. réunir le module d'intervention                                                            |       | voir fiche n°2        |
| 3. aviser les autorités                                                                       |       | voir fiche n°3        |
| 4. déclencher simultanément les quatre opérations suivantes :                                 |       |                       |
| A/ prise en charge des malades                                                                |       |                       |
| *service de garde                                                                             |       | voir sous fiche A1    |
| *service d'isolement                                                                          |       | voir sous fiche A2    |
| *et de traitement                                                                             |       | voir sous fiche A3    |
| B/ enquête épidémiologique                                                                    |       | voir sous fiche B1    |
|                                                                                               |       | B2                    |
|                                                                                               |       | B3                    |
|                                                                                               |       | B4                    |
|                                                                                               |       | B5                    |
| C/ dépistage et diagnostic de laboratoire                                                     |       | voir sous fiche C1 C2 |
| D/ mise en œuvre de mesures préventives visant à enrayer l'épidémie ou a éviter son extension | D2 D3 | voir sous fiche D1    |
| 5. Organiser la coordination avec les autres modules                                          |       | voir fiche n°4        |

**FICHE N° 1**

**REPERTOIRE DES CARTE ET DOCUMENTS GRAPHIQUES  
DU SECTEUR SANITAIRE**

Ces documents, nécessitant une mise a jour régulière, doivent être disponibles en plusieurs exemplaires :

- 1 exemplaire au niveau de la direction du secteur sanitaire,
- 2 exemplaires au niveau du service d'épidémiologie et de médecine préventive,
- 3 exemplaires au niveau de la commission d'hygiène et de sécurité.

- . Carte géographique du secteur sanitaire avec indication de l'implantation de toutes les unités par type (hôpitaux, polycliniques, centres de santé, laboratoire, ...)
- . Carte hydrologique avec identification des points d'eau : puits sources, oued.....
- . Plans détaillé des principales agglomérations.
- . Plans des réseaux de distribution de l'eau potable : bâches, châteaux d'eau, réservoirs, forages et canalisations.
- . Localisation des décharges publiques et des stations d'épuration
- . Cartes entomologiques
- . Cartes épidémiologiques :
- Délimitation des foyers endémiques.
- Délimitation des zones a haut risque
- . Tableaux graphiques montrant l'évolution de la situation épidémiologique.
- . Données météorologiques.



## FICHE N°2

### COMPOSITION DU MODULE « Soins et Prévention »

Le Directeur du secteur Sanitaire  
Le médecin responsable du SEMEP  
Le président du Conseil Médical  
Les médecins chefs de sous secteurs  
Le médecin responsable du service des maladies infectieuses  
Le médecin de garde  
Le responsable du laboratoire  
Le responsable de la pharmacie du secteur  
Le président de la commission d'hygiène et de sécurité

### MOYENS.

Service de garde.  
Service d'isolement (extensible a l'ensemble des capacités d'hospitalisations).  
Service d'épidémiologie et de médecine préventive (enquêtes épidémiologiques et activités de prévention)  
Service de laboratoire.  
Service de pharmacie.  
Service du parc automobile.

Responsable  
De la Coordination  
De la liaison avec les Autorités  
De la liaison avec les autres modules

FICHES 3 et 4

Responsable De l'enquête épidémiologique Du dépistage	B	C1
Des actions préventives 3) Responsable - De la mobilisation du corps médical. – Du renforcement du service de garde.	D	
4) Responsable du traitement et de la surveillance des malades Responsable du triage de l'orientation et /ou de l'évacuation Des consultants.	A.2 et A.3 A.1	
Responsable du diagnostic et du dépistage Responsable de la fourniture des médicaments Les vaccins et du matériel médical.	C.1 et C.2 A.3	

## FICHE N°1

Elle renseigne sur la nature des documents nécessaire et précieux dont il faut disposer en cas d'épidémie. Ces documents doivent être disponibles à tout moment et régulièrement Actualisés.

## FICHE N°2

Elle définit la composition du module (ou équipe) « soins prévention » et les différents Services a mobilisé.

## FICHE N°3

Elle définit la liste non exhaustive des différentes autorités et instructions a aviser en cas d'épidémie. Cette fiche doit être remplie et régulièrement tenue a jour. La composition de la liste des autorités et institutions a aviser peut être élargie, si nécessaire.

## FICHE N°4

Elle identifie les modules ou équipes a faire intervenir lors de la survenue de phénomène épidémique.

SOUS FICHES ( A1, A2, A3 , B1, B2 , B3, B4 , B5 , C1 , C2 ,C3 , D1 , D2 , et D3 )

L'ensemble de ces sous fiches indique les principales opérations a déclencher simultanément pour faire face a l'épidémie et notamment l'organisation pour la prise en charge des malades atteints et pour la mise en œuvre des mesures préventives visant a enrayer l'épidémie ou a éviter son extension.

### FICHE N°3

#### LISTE DES AUTORITES A AVISER :

##### 1- Les présidents des APC du secteur sanitaire :

Nom	Prénom	Adresse	N° Téléphone	Télex
-----	--------	---------	--------------	-------

##### 2- Le chef de Daira :

Nom	Prénom	Adresse	N° Téléphone	Télex
-----	--------	---------	--------------	-------

##### Le Directeur de la Santé et de la Protection Sociale :

- Nom	Prénom	Adresse	N° Téléphone	Télex
-------	--------	---------	--------------	-------

##### Le Wali :

- Nom	prénom	Adresse	N° Téléphone	Télex
-------	--------	---------	--------------	-------

##### Le Directeur de la Prévention (Ministère de la santé) :

- Nom	Prénom	Adresse	N° Téléphone	Télex
-------	--------	---------	--------------	-------

##### Le directeur Général de l'I.N.S.P. :

- Nom	Prénom	Adresse	N° Téléphone	Télex
-------	--------	---------	--------------	-------

### FICHE N° 4

#### LISTE DES MODULES A FAIRE INTERVENIR :

– Module « Soins – Prévention » (voir fiche n° 2)

– Module « Secours – Sauvetage » Protection civile), aide au transport et orientation des malades si moyens de la santé sont dépassés.

Module « Hydraulique » (et A.P.C)

- réparation et contrôle du réseau de distribution d'eau potable
- assurer l'approvisionnement en eau potable
- appliquer les normes d'assainissement.

– Module « Information – Liaison »

- informer et rassurer la population
- orienter les consultants
- expliquer les mesures de prévention (éducation sanitaire : santé ; A.P.C ; Organisations de masse ; etc ...)

5 - Module « Service d'ordre »

- aider l'organisation de la garde
- aider l'organisation de l'enquête
- orienter les consultants
- appliquer les consignes d'hygiène.

**FICHE A N°1**

**ORGANISATION DU SERVICE DE GARDE :**

Poste de triage :

. Définition des critères d'orientation par l'examen des consultants de l'orientation de ces derniers selon les cas de figure ci-dessous (2, 3, 4, 5 et 6.).

Poste d'observation

. Salle d'observation avec quelques lits.....

Poste de prescription de traitement ambulatoire.

Sortie) médicaments, solutés, matériel jetable.

- avec reconvoction
- sans reconvoction

Poste de prélèvement

- Examen en laboratoire

Service d'admission

- centre d'isolement
- autre service d'hospitalisation

**FICHE A N°2**

Service d'hospitalisation (avec ou sans isolement)

Prévoir extension des capacités d'admission.

Déterminer les mesures et précautions spéciales isolement aseptie – désinfection terminale.

Prévoir renfort : personnel médical et personnel paramédical

Moyens thérapeutiques (cf. . fiche A. N°3) médicaments, solutés, matériel jetable.

Standardisation des méthodes d'observation et de surveillance des maladies (élaboration de fiches d'observation....)

Définir périodicité et type de prélèvement pour la surveillance des maladies.

Etudier les critères de sorties.

**FICHE A N°3**

**REPERTOIRE DES FICHES THERAPEUTIQUES :**

Fiche Technique N°	maladie	Fiches traitement Etiologique A.E.N°	Techniques Traitement Symptomatique A S N° 1
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

. Les fiches techniques doivent être disponibles au niveau du service des maladies infectieuses et tenues régulièrement à jour.

## FICHE B N°1

### PLAN TYPE D'ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE :

#### 1-Vérification du diagnostic :

Vérification de la première notification.  
Vérification du 1<sup>er</sup> cas notifié par le laboratoire.

#### 2-Confirmation de l'existence de l'épidémie :

nombre de cas observés par rapport au nombre « habituel »

#### 3-Identification des personnes affectées :

Observation des cas index.  
Détection des cas non reportés.  
Caractéristiques du groupe affecté.  
Identification des traits communs à l'ensemble des cas.

#### 4-Prélèvements pour examens de laboratoires :

Pour dépistage des porteurs.

#### 5-Etude de l'environnement :

Conditions contemporaines à l'épidémie.  
Conditions antérieures à l'épidémie.

#### 6-Hypothèse explicative de l'épidémie sur :

La source.  
Le mode de transmission.  
L'existence du réservoir.

#### 7-Prise en charge de l'épidémie :

Traitement des cas (voir fiches A.1, A.2 et A.3)  
Prévention de l'extension (voir fiches D.1, D.2, et D.3).  
suivi de l'évolution de la situation : courbes et cartes.

#### 8-Vérification de la cause de l'épidémie :

Identification de l'agent pathogène.  
Préciser le mode de transmission.

## FICHE B N°2

### ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE

#### Maladies à transmission indirecte :

Eau et aliments (poliomyélite, choléra, dysenteries, Hépatites .....)

#### 1- cf. points 1 et 2 de la fiche B N°1 .

#### 2-Courbe de l'épidémie :

Evolution du nombre de cas dans le temps.

Ex : épidémie de source commune : « explosive » regroupement de l'ensemble des premiers cas au  
Cours d'une période correspondant à la durée de l'incubation de la maladie.

Ex épidémie par propagation : « en chapelet » source commune ? + Contagion par contact direct (mains sales.....) .

#### 3-Carte de l'épidémie :

Localisation des cas dans l'espace (lieu de résidence).

Caractère de la distribution observée (regroupement des cas dans une ou plusieurs zones) quels facteurs communs explicatifs ?  
(Réseau d'eau potable, même repas (cantine, fête).

#### 4-Enquête dans l'entourage des cas :

Visite à domicile, dépistage des porteurs sains.

#### 5-Enquête sur l'environnement : ( voir le point 5 de la fiche B1 )

Contrôle de l'eau.

Contrôle des aliments.

Contrôle des lieux de préparation des repas (cuisines .....).

#### 6-Identifier l'origine de l'épidémie.

#### 7-Et 8 . Voir fiches B.1 et D.1, D2.

## FICHE B N° 3

### ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE :

Maladies a transmission directe : aérienne  
(Grippe, méningite, rougeole.....)

1-Voir fiche B. N°1.

2-Etablissement de la courbe de l'épidémie :

évolution dans le temps .

identification des premiers cas et des vagues épidémiques successives.

Estimation du potentiel évolutif de l'épidémie.

3. Elaboration de la carte de l'épidémie :

Identification du foyer d'origine.

Identification de la zone a risque.

4. Identification des groupes a hauts risques :

Population concentrée.

Groupe réceptifs (non immunisés antérieurement) .

Collectivités exposées (écoles, internat....)

5. Identification des facteurs liés a l'environnement :

Recherche des changements récents contemporains du début de l'épidémie (facteurs climatiques et sociaux).

6. / 7. / 8. Voir fiches B N°1. D.2 D.3.

## FICHE B N°4

### ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE

Maladies a transmission vectorielle :

Ex : Paludisme, Leishmaniose.

1-Voir fiche B.1

2-Courbe de l'épidémie :

- Comparer a la situation antérieure.

Caractère saisonnier.

3-Carte de l'épidémie :

- Comparer aux foyers antérieurs.

Comparer a la carte entomologique.

4-Etude de l'environnement :

Changements récents contemporains de l'épidémie (compte tenu de la période d'incubation de la maladie

Écologie du vecteur : enquête entomologique.

Facteurs sociaux : afflux de population « nouvelle » réceptive.

5./ 6./ 7./ 8. Voir fiches B.1 D1 et D.2.

## FICHE B N°5

### ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE

Maladies inconnues (diagnostic non fait)

Ou maladie nouvelle

1-Voir fiche B.1 à B.4

2-Accorder une plus grande attention aux points :

3/ caractéristiques des cas.

4/ multiplier les prélèvements (voir fiche c)

5. /étude de l'environnement

6. /hypothèses explicatives

7. /vérification « expérimentale » des hypothèses

Recherche de l'agent pathogène

Détermination du mode transmission

# DIRECTIVES GENERALES POUR L'ELABORATION DU PLAN DE PREVENTION DES EPIDEMIES

INTRODUCTION :

## Définition du risque :

Epidémie : apparition au sein d'une collectivité d'une région, d'un nombre de cas de maladie nettement en excès par rapport à la fréquence habituelle.

L'épidémie peut être due à une « source commune » ou se développer par propagation de l'agent infectieux de la taille et du type de population exposée, ou du degré d'exposition antérieure de la population à la maladie considérée enfin du temps et du lieu d'apparition de la poussée épidémique.

Le caractère épidémique de la maladie est d'une notion relative qui dépend de la fréquence habituelle de la maladie dans une même période de l'année (saison).

Un seul cas d'une même maladie transmissible au sein d'une population depuis longtemps indemne de cette maladie (exemple : Variole, Typhus, Paludisme) ou une première introduction d'une maladie jusque là inconnue dans la région doivent être considérés comme le point de départ d'une épidémie potentielle et nécessitant la mise en œuvre d'un plan d'intervention approprié (cf. plan d'intervention épidémique).

## B. HISTORIQUE DU RISQUE :

Les maladies épidémiques ayant fait le plus de victimes dans le passé depuis le siècle dernier sont le choléra, la variole, le typhus, le paludisme, la dysenterie et l'hépatite virale. Choléra : 1834/36 2<sup>e</sup> pandémie mondiale épidémie introduite par un bateau en provenance de Toulon.

1855/65 3<sup>e</sup> pandémie (tous les ports d'Algérie).

1863/76 4<sup>e</sup> pandémie (origine pèlerinage à la Mecque).

5<sup>e</sup> pandémie (ports de Biskra).

1911 6<sup>e</sup> (région de Tlemcen).

Varirole : Plusieurs épidémies : dernier cas en 1961.

Endémie palustre : (Paludisme) de 50 000 cas par an jusqu'en 1962.

Typhus : Plusieurs grandes épidémies (surtout en période de guerres et de famine).

Hépatite virale : Grandes épidémies durant la guerre de libération.

Depuis l'indépendance, l'observation épidémiologique régulière montre :

- Le déclin du paludisme grâce au programme national d'éradication.

La disparition de la variole aujourd'hui éradiquée dans le monde entier (depuis 1977).

La régression puis l'extinction (depuis 1975) des poussées épidémiques saisonnières de typhus.

Le retour du choléra en 1971 (extension à notre pays de la 7<sup>ème</sup> pandémie mondiale). Et qui sévit depuis cette date sous formes d'épidémies saisonnières d'intensité variable.

## Probabilité du risque :

### Maladie d'origine hydrique :

Choléra – Typhoïde – Dysenterie – Hépatite Virale :

Des poussées épidémiologiques saisonnières, d'intensité variable, continueront de se produire dans les zones d'endémies (presque tout le territoire national) tant que le niveau d'hygiène publique A. E. P, assainissement, contrôle alimentaire, condition d'habitat n'aura pas atteint les normes universellement admises et recommandées par le ministère de la santé publique.

### Maladies à transmission directe (aérienne) :

- méningite cérébro-spinale, grippe. Ces maladies sévissent sous forme d'épidémies saisonnières et cycliques (grandes épidémies tous les dix ans).

Les poussées épidémiques dépendent de l'état d'immunité acquise antérieurement par la population ainsi que certains facteurs climatiques.

Elles sont difficilement prévisibles mais leurs probabilités peuvent être appréciées en fonction de la période de récurrence déterminée par les méthodes de la surveillance de l'épidémiologie.

### Impact socio-économique du risque :

Les épidémies entraînent généralement des pertes importantes en vies humaines

(dont la valeur défie toute estimation) et en ressources matérielles que l'on peut évaluer par :

Le coût des soins médicaux et des journées d'hospitalisation.

La valeur des journées de travail et de scolarité perdues.

## **II. IDENTIFICATION DU RISQUE :**

### **A . Localisation du risque :**

- (voir les cartes épidémiologiques)
  - Zones a haut risque pour les maladies d'origine hydrique.
  - Cartes entomologiques – répartition des vecteurs
- Localisation des foyers endémiques des maladies parasitaires.

### **B . Période du risque :**

- Tableaux et graphiques épidémiologiques.
  - Evolution saisonnières des maladies.
  - Evolution cycliques (pluriannuelle) de certaines maladies.
- Courbes des poussées épidémiques « accidentelle ».

## **III REGLES GENERALES ET PARTICULIERES DE PREVENTION :**

### **A . Règles générales :**

#### **Liées a l'aménagement du territoire :**

Implantation des agglomérations en zones salubres.  
Evaluation préalable de l'impact sanitaire des projets entraînant d'importants changements écologiques : barrages et grands périmètres irrigables, effet de la route transsaharienne, grand complexes industriels, générateurs d'effluents polluants, etc.  
Application de la réglementation sur l'implantation et le fonctionnement des établissements classés.

#### **Liés a la construction .**

Approvisionnement suffisant de la population en eau potable.  
Construction et entretien d'un réseau d'évacuation des eaux usées.  
Epuración des eaux usées avant leur rejet final  
Réglementation des décharges publiques.  
Respect des normes d'hygiène et de sécurité des habitations  
Aménagement de l'espace urbain.  
Respect des règles et normes spéciales de construction, d'aménagement et de fonctionnement des établissements sanitaires (hôpitaux, laboratoires, etc. ).

#### **A l'intérieur des établissements :**

Respect des normes d'hygiène intra- hospitalière.  
Hygiène des établissements et collectivités (Ecoles, Internat, Cantines.).  
Hygiène industrielle : (protection des travailleurs et de l'environnement).  
Hygiène alimentaire : respect des réglementations concernant :  
Les abattoirs  
La fabrication, le transport, le stockage et la vente des produits alimentaires  
(Viande, laits, conserves, boissons...).

#### **Règles de prévention touchant les personnes :**

Vaccination obligatoire (DTCoq, Polio, rougeole, BCG...)  
Vaccination spéciale de certaines catégories exposées.  
Contrôle sanitaire aux frontières (respect du règlement sanitaire international).  
Visites médicales systématiques (en hygiène scolaire, en PMI, et en médecine du travail).  
Dépistage des « porteurs sains » de maladies contagieuses.  
Education sanitaire de la population en matière d'hygiène et de prévention.

### **REGLES PARTICULIERES :**

#### **Liées a la situation du secteur sanitaire :**

Identifier les zones a haut risque (Zones insalubres, surpeuplées, polluées, etc. ) .  
Identifier les groupes de population a haut risque (groupe d'âge, groupe professionnel ...).  
Appliquer les mesures de surveillance spécifiques aux risques identifiés.  
Evacuation hygiénique des eaux usées et des déchets solides.  
Contrôler l'application des mesures préventives appropriées :  
Couverture vaccinale  
Traitement de l'eau potable  
Evacuation hygiénique des eaux usées  
Visite médicales systématiques : en PMI, Hygiène scolaire, médecine du travail.  
Visite des établissements ou vivent et travaillent des collectivités importante : Ecoles, Usines Chantiers...  
Contrôle de la « chaîne alimentaire » depuis la production jusqu'à la consommation :  
Abattoirs, laiteries, limonaderies.  
Ecoles, restaurants, cantines,...

#### **Plan d'intervention :**

(cf. . document spécial « plan d'intervention : Epidémie »)

## **IV . PROGRAMME DE PREVENTION :**

### **Evaluation des moyens :**

#### **Moyens du secteur sanitaire :**

**Infrastructure** : toutes les unités sanitaires du secteur.

**Humains** : tout le personnel du secteur et particulièrement le service de prévention.

#### **Moyens des autres services publics :**

- APC : \* Bureau d'hygiène.  
Service d'assainissement.

Hydraulique : Alimentation en eau potable.

Service de contrôle (Agriculture : Vétérinaire.)

(Commerce : contrôle des aliments.)

Service de sécurité et de protection civile : (contrôle des normes d'hygiène et de sécurité.)

Education – Information : Education de la population.

### **Réalisation des actions a court, moyen et long terme :**

Mise en œuvre des programmes de prévention définie par le ministère de la santé publique.

Vaccination : lutte contre les maladies transmissibles.

Développement des PMI.

Programme d'hygiène scolaire et de médecine du travail.

Assainissement et hygiène du milieu.

### **V . CONTROLE ET SUIVI DE L'EXECUTION.**

#### **Niveaux de contrôle et du suivi :**

Organe national chargé des risques majeurs

Ministères de tutelle :

- Ministère de la santé publique.
- Ministère de l'intérieur (APC : Bureau d'hygiène).
- Ministère de l'Agriculture (Services Vétérinaires).
- Ministère de l'Hydraulique et de l'environnement.

Structures hiérarchiques directes :

Direction de la prévention (ministère de la santé publique).

Institut national de santé publique (INSP).

Institut Pasteur d'Algérie.

4. Wilaya : Direction de la santé de wilaya.

5. Commune : APC : Bureau Communal d'Hygiène.

. Unité :

Secteur sanitaire :

Service de prévention du secteur.

Commission d'hygiène et sécurité du secteur.

#### **Procédures des contrôles :**

##### **Inspections :**

- Protection civile (établissements classés).
- Service vétérinaire (abattoirs, poissonneries).
- Commerce (service des fraudes).
- Inspections sanitaires : service de prévention du secteur et bureaux d'hygiène (restaurant, cantines, étals, magasins..).

##### **Enquêtes spécifiques :**

- Enquêtes épidémiologiques.
- Surveillance sanitaire de la population (déclaration obligatoire).
- Surveillance du milieu (prélèvement d'échantillon d'eau potable, d'eau usée, d'aliments..).

##### **Sanctions du contrôle et du suivi :**

Recommandations : normes d'hygiène.

Observation.

Mise a jour.

Sanctions administratives :

Confiscation.

Destruction.

Fermeture d'établissements insalubres.

Amendes.

Sanctions pénales.

Dépendent de l'autorité de l'APC et des services techniques concernés (commerce, agriculture, police de l'environnement.).

##### **Exercice de simulation :**

Dans le cadre de la formation et du recyclage des personnels des services de prévention.

### **VI INFORMATION SENSIBILISATION ET FORMATION :**

#### **Sensibilisation du grand public :**

Par publication spécialisée et vulgarisée sur le risque épidémique et les moyens de prévention.

Intervention des mass-médias.

Emissions radio diffusées.

Emissions télévisées (spots d'éducation sanitaire).

#### **Information :**

Diffusion des avertissements (ministère de la santé publique – INSP)

Contrôle de l'information.

#### **Formation :**

Programme scolaire-sensibilisation :

Cours sur l'hygiène et les maladies infectieuses.

Personnels spécialisés

Formation et recyclage des personnels médicaux et paramédicaux (Ministère de l'Enseignement Supérieur, Ministère de la Santé Publique).



DIRECTION DE LA PREVENTION

Sous-direction de la relation  
Santé-Environnement

N°.....MSP/DP/SDRSE. Alger le 18 OCT 2000

MONSIEUR LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION EST DE LA POPULATION DU GOUVERNORAT D'ALGER

MESSIEURS LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA POPULATION (TOUS)

Il a été remarqué qu'en cas de désastre. L'organisation des opérations de secours est souvent inefficace.

Le comportement de la population provoque une confusion très néfaste susceptible de neutraliser toutes les mesures d'urgence valables. Les décisions prises par les autorités sont parfois non fondées.

Aussi, je tiens à vous rappeler qu'une organisation efficace des secours sanitaires dépend d'une bonne organisation, d'une préparation primordiale ainsi que de la mise en place d'un système de surveillance de l'hygiène du milieu.

Je vous transmets alors, une fiche technique relative à l'intervention des services de santé en cas de désastre tout en espérant qu'elle sera un premier outil de travail à tous ceux qui dans leur pratique quotidienne seront confrontés à ce problème.

Des plans de secours relatifs à chaque situation vous sera transmis ultérieurement.

**LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION**

**Signé : J.P GRANGAUG**

## **INTERVENTION DES SERVICES DE LA SANTE EN CAS DE DESASTRE**

### **I/ DEFINITION DES DESASTRES :**

Les désastres ou catastrophes sont définis comme des bouleversements écologiques dépassant les mesures d'adaptation de la communauté affectée et nécessitant une assistance extérieure.

### **II/ CLASSIFICATION DES DESASTRES :**

Deux grandes catégories ----- Désastres naturels  
Désastres causés par l'homme

#### **1/ Désastres naturels :**

Tremblement de terre, inondations, tempêtes tropicales (typhon, cyclone, ouragan), éruptions volcaniques, sécheresses.

#### **2/ Désastres causés par l'homme :**

Incendies, explosions, catastrophes ferroviaires et aériennes, pollutions chimiques aiguës, accidents nucléaires.

### **III/ EFFETS DES CATASTROPHES :**

Chaque catastrophe crée une situation unique, mais il existe cependant des similitudes entre les différents désastres surtout en ce qui concerne l'impact immédiat (blessés, morts, destruction.....).

#### **1/ Effets potentiels :**

Les grands mouvements de population, les changements climatiques peuvent accentuer les risques de contamination et de transmission de certaines maladies (risques épidémiques).

#### **2/ Risques directs sur la santé :**

En cas de séisme la destruction des habitations provoque des morts et des blessés.

Les services de la santé reçoivent la majorité de leurs blessés dans les 24 heures qui suivent la catastrophe.

Il y a une chronologie dans l'apparition des différents problèmes de santé créés par les désastres. Des besoins sont créés en matière de soins de base, d'alimentation, d'abris.....ainsi qu'en matière d'activité de sauvetage, de secours, de transport des blessés.....

Les séismes ne provoquent pas habituellement des poussées de maladies infectieuses, mais la probabilité d'augmentation des maladies transmissibles est en rapport avec la promiscuité et la détérioration des conditions d'assainissement.

Le risque d'épidémies est proportionnel à la densité de la population et à ses déplacements, facteurs qui perturbent les conditions d'approvisionnement en eau potable et d'hygiène alimentaire.

La crainte des épidémies plaide en faveur de l'organisation de campagnes de vaccination de masse.

Une organisation efficace des secours sanitaires dépend des capacités de prévention de l'émerger des différents problèmes, de leur identification à temps et de la mise en place de moyens spécifiques au moment et à l'endroit précis où ils sont nécessaires.

### **IV/ ORGANISATION DES SERVICES MEDICAUX :**

L'urgence médicale en cas de désastre est la médecine de masse, le principe appliqué en normal << le premier arrivé doit être le premier soigné >> ne convient pas en situation d'urgence de masse.

#### **1/ Poste de tri et d'évacuation :**

Le tri est la seule approche permettant de faire bénéficier au maximum les soins nécessaires au plus grand nombre de blessés.

Sur les lieux même du désastre doit être établi un premier tri et les moyens d'évacuation.

Ce tri consiste en une classification rapide des blessés sur la base du profit qu'ils peuvent tirer des soins médicaux et non seulement en fonction de la sévérité des blessures, il doit être réalisé par un médecin ou un chirurgien habilité. Cela ne signifie pas que l'état du patient n'est pas à réévaluer périodiquement.

Le principe du tri consiste à enregistrer et classer les blessés en trois catégories :

- Blessés nécessitent des soins hospitaliers urgents à évacuer le plus tôt possible.
- Blessés nécessitant des soins mais qui peuvent attendre une évacuation différée.
- Moribonds en situation de catastrophe et dont les soins sont hautement spécialisés. Ils sont retenus sur place.

Par ailleurs, il faut étiqueter chaque blessé en indiquant la catégorie des patients, le diagnostic initial et les médicaments administrés.

#### **2/ Hôpital d'accueil :**

C'est l'hôpital le plus proche disposant d'un service de chirurgie et de moyens de réanimation de base qui doit être considéré comme l'hôpital d'accueil.

L'équipement d'urgence doit être installé et le personnel devant l'utiliser doit être clairement désigné. Un plan doit être élaboré à l'avance et doit :

- Déterminer la zone d'accueil et le personnel devant être affecté.
- Indiquer l'équipement qui y doit être installé.
- Désigner les services devant être évacués pour y préparer l'admission des blessés après transfert des patients déjà hospitalisés.
- Donner la liste du personnel devant se rendre sur les lieux du désastre pour y établir le poste de triage primaire.
- Indiquer les lieux de stockage de l'équipement du centre de tri et des médicaments et en établir l'inventaire.
- Indiquer l'affectation précise de chaque membre de l'équipe et ses fonctions précises avec les noms des remplaçants pour le personnel clé.

### **V/ SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE :**

Une catastrophe naturelle peut influencer sur le risque de propagation des maladies ; Il est alors nécessaire de mettre en place un système de surveillance de l'hygiène du milieu.

#### **1) Maladies à transmission hydrique :**

La concentration massive de populations sans le minimum d'hygiène est un autre facteur important qui peut entraîner des épidémies dues à la promiscuité.

La contamination fécale des conduites d'eau potable préexistantes est un exemple typique de ce effet après un tremblement de terre ou une inondation.

La préparation de plans ORSEC par les autorités locales doit avoir pour objet la lutte contre les perturbations importantes sur un réseau de distribution.

L'approvisionnement en eau potable se fera par un contrôle régulier de l'eau acheminée par un camion citernes (chloration directe systématique) ou par désignation des points d'eau soumis à un contrôle régulier ainsi que la mise sur pied d'un système d'assainissement par la construction de latrines répondant aux normes en nombre suffisant, sans oublier l'évacuation des ordures ménagères.

Le contrôle des aliments distribués doit être également un point à prendre en considération, éviter les intoxications alimentaires collectives.

## **2) Autres pathologies :**

Le regroupement d'un grand nombre de personnes et l'interruption des programmes de santé publique peuvent entraîner la propagation des maladies transmises par voie aérienne (Insuffisance respiratoire aiguë, grippe, méningite.....).

Le regroupement fournit alors l'occasion de vérifier leur statut vaccinal, et de le mettre à jour si besoins.

De plus la vaccination d'antiméningococcique peut-être indiquée. Les critères pour y avoir recours sont les suivants :

- Dans les cas groupés dès qu'un cas de méningite à méningocoque est suspecte.
- Le temps d'intervention de la vaccination de masse doit être très court, il ne doit pas excéder deux semaines, la chimioprophylaxie doit concerner les sujets contacts immédiats.

- Toutes les ressources doivent être mobilisées et prêtes à être utilisées en terme de commandes de vaccins et de consommables.

## **VII/ CONCLUSIONS :**

L'organisation des opérations en cas de désastres doit être rapide et sans failles. L'improvisation n'a pas de place dans une telle situation critique. L'établissement d'un plan organisationnel est primordial.

Enfin, l'épidémiologie des désastres apparaît comme partie intégrante d'une approche multidisciplinaire.

Le Ministre

**INSTRUCTION N°11/MSP/CAB/DU 29 JANVIER 1997 RELATIVE  
A LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF POUR REPENDRE  
A UNE CATASTROPHE OU UN EVENEMENT EXCEPTIONNEL**

DESTINATAIRES :

MM LES WALIS (D.S.P.S)  
LES DIRECTEURS GENERAUX DES C.H.U  
LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES (POUR EXECUTION)  
LES DIRECTEURS DES E.H.S S/COUVERT DES D.S.P.S)  
LES WALIS (CABINET)  
LE DIRECTEUR DE L'ADMINISTRATION GENERALE (POUR SUIVI ET INFORMATION)

R.E.F. : Décret n°85-231 du 25/08/1985 fixant les conditions d'organisation et de mise en œuvre des interventions en cas de catastrophe.

P.J. / Annexes A.B.C.D.E

Dans le cadre de la mise en place du dispositif de mise en œuvre des interventions et secours en cas de catastrophe, incendie explosion ou d'événement exceptionnel, intéressant principalement le secteur de la santé.

L'objectif de la présente instruction est :

\*De définir l'organisation hiérarchisée des interventions d'identification des moyens humains et matériels existants au niveau de chaque wilaya (C.H.U – Etablissements spécialisés, Secteurs sanitaires) et de désigner le poste de commandement opérationnel (P.C.O) de la wilaya, du secteur sanitaire.

Au niveau de l'administration Centrale du Ministère de la santé et de la population

**1-1-Mise en place d'un poste de commandement opérationnel** comprenant :

01- Représentant de la direction des services de santé.

01- Représentant de la direction de la prévention.

01 -Représentant de la direction de la pharmacie et du médicament.

Ce P.C.O sera coordonné par le responsable de la D.S.S.

Toutefois en fonction de la nature de l'événement et afin d'arrêter la prise de décision Opérationnelle, le P.C.O pourra faire appel a toutes autres personnes compétentes.

**1-2 Mission du « P.C.O »**

Dès réception de l'information ou de l'alarme le coordonnateur informe immédiatement

le P.C.O qui se chargera

\* D'apprécier l'ampleur de la catastrophe ou de l'événement.

\* D'évaluer les besoins, de déterminer les moyens humains a mobiliser et a déployer pour mettre en œuvre l'organisation opérationnelle et d'en assurer la coordination.

De veiller à la circulation de l'information en vue d'une étroite liaison entre toutes

les structures concourant a l'organisation.

Le « P.C.O » doit disposer en permanence d'un certain nombre d'informations actualisées :

**1.2.1- Inventaire des ressources humaines et matériels** réel du personnel médical et paramédical état de l'infrastructure des plateaux techniques et leur distribution territoriale (recensement sous forme de tableau modèle Annexe A).

1.2.2 –informations relatives a l'identification des membres des « P.C.O. » de la direction de la santé et de la protection sociale, du CHU, du secteur sanitaire ou de l'EHS (Annexe B).

**2- Au niveau local**

**2.1 – Direction de la santé et de la protection sociale de la wilaya :**

Mise en place d'un P.C.O comprenant :

Le directeur de la santé protection sociale qui en assure la coordination.

Le Directeur général du CHU quant il existe et le/les présidents des conseils scientifiques.

Le ou les directeurs d'établissements spécialisés.

Les directeurs des secteurs sanitaires.

Les présidents des conseils médicaux

Le « P.C.O » de la wilaya aura les mêmes missions que celles de l'administration centrale.

Dès réception de l'information ou de l'alarme, le directeur de la santé

Et de la protection sociale réunira immédiatement le jour « P.C.O » tout en Informant impérativement le Ministère de la Santé de jour le

« P.C.O » central N° Fax : 02.27.96.90 n° DE Tel 02.27.91.07 ou 27.96.84 ou 27.96.98 ou 27.93.50 de nuit la permanence du ministère de la santé et de la population a partir de 20 heures au n°de Tel 02.27.97.93. et de quelque soit la nature ou l'ampleur de la catastrophe ou de l'événement.

Ce poste de commandement doit disposer de toutes les informations actualisées relatives aux ressources humaines et matérielles de la wilaya (Tableau Annexe A).

## **2-2 Au niveau du CHU et des secteurs sanitaires :**

Mise en place d'un P.C.O

2.2.1 Au niveau du CHU il comprendra : (Annexe A)

Le DG du CHU qui en assure la coordination

Le DAPM

Le Directeur de l'Infrastructure et de l'équipement

Le Président du Conseil Scientifique

Les chefs de services

Le ou les responsables des établissements composant le CHU

### **2.2.2 Au niveau du secteur sanitaire ou de l'EHS il comprendra (Annexe C )**

Le directeur qui en assure la coordination

Le directeur adjoint chargé des services sanitaires

Le président du conseil médical

Les chefs de services hospitaliers

Les médecins chefs de sous-secteurs sanitaires

Les missions des « PCO » du CHU ou du secteur sanitaire et de l'EHS sont les mêmes que ce de l'administration centrale

Dès réception de l'information ou de l'alerte le DG du CHU ou le Directeur du Secteur Sanitaire ou de l'établissement hospitalier Spécialisé réuniront immédiatement leur « PCO » Respectif.

Tout en informant impérativement la direction de la santé et de la population de la Wilaya et le ministère de la santé et ce quelque soit la nature et l'ampleur de l'événement ou de Catastrophe.

Le PCO du CHU ou du Secteur Sanitaire, ou de l'EHS doit disposer en plus des informations contenues dans le tableau de l'annexe B , des fiches individuelles du personnel Médical et paramédical (Annexe D et E ) mobilisables.

### **REMARQUES :**

La mise en place du dispositif particulièrement en cas de catastrophe a tous les niveaux doivent s'intégrer aux dispositions prévues par le décret N°85-231 du 25 Août 1985 fixant les conditions et modalités d'organisation et de mise en œuvre des interventions en cas de catastrophe.

#### **Les documents joints en annexe permettent**

D'identifier les ressources humaines et matérielles selon l'état « A »

D'identifier et de désigner les membres du poste de commandement opérationnel (PCO) de la Wilaya, dont le siège est la direction de la santé et de la population.

D'identifier et de désigner les membres du PCO DU CHU dont il est le siège.

D'identifier et de désigner les membres du PCO du secteur sanitaire dont il est le siège.

D'identifier et de désigner les membres du PCO de l'EHS dont il est le siège

D'identifier les ressources humaines en praticiens et paramédicaux susceptibles d'être appelés dans le cadre de la solidarité nationale et internationale.

« Le PCO Wilaya est distinct de ceux du CHU du secteur sanitaire et de l'EHS.

**NB/** Les personnes désignées sont a choisir entre autres parmi les médecins spécialistes notamment en chirurgie générale, chirurgie orthopédique, neurochirurgie, traumatologie, chirurgie infantile, anesthésie-réanimation, maladie infectieuses, épidémiologie, réanimation médicale

Les profils des paramédicaux sont ceux affectés aux urgences médico-chirurgicales soit T.S.S, I.D.E en soins intensifs, anesthésie réanimation, soins infirmiers polyvalents, et en épidémiologie.

A l'issue de ce travail qui devra être établi avec le plus grand soin. MM les directeurs des secteurs sanitaires, MM. les directeurs Généraux des C.H.U, MM. Les Directeurs des établissements hospitaliers spécialisés sont chargés de veiller a la mise en place de ces « P.C.O » au niveau de leurs structures respectives et d'en informer les personnels concernés de leur mobilisation et prérogatives en cas de catastrophe ou d'événement exceptionnel.

Les états et fiches ci-annexés, dûment remplis devront être transmis sous le présent timbre sous pli confidentiel des copies de ces documents doivent être conservées au niveau de vos structures respectives.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

**ANNEXE A**

## RECAPITULATION HUMANITAIRES ET MATERIELLES

WILAYA DE.....N°

TEL.....

SECTEUR SANITAIRE DE .....N°

TELEX.....

ADRESSE.....N°

FAX.....

RESPONSABLE : NOM.....PRENOM.....ADRESSE PERSONNELLE.....TEL

BUREAU.....TEL DOMICILE.....

ETABLISSEMENT HOSPITALIER (1)	CAPACITES EN LITS	SERVICES SPECIALISES (2)	PLATEAU TECHNIQUES (3)	MOYEN DE TRANSPORT (4)	EFFECTIFS PERSONNEL MEDICAL(5)	EFFECTIFS PERSONNEL PARA MEDICAL(6)
ADRESSE						
TELEPHONE						
TELEX						
FAX						

Préciser l'établissement ou les unités le composant

Enumérer la liste

Préciser blocs opératoire fonctionnelle morphologiques etc..

Liste et nom

Préciser nombre généralistes ou spécialistes par discipline

Idem

**ANNEXE B  
IDENTIFICATION DES MEMBRES DU P.C.O  
DE LA WILAYA**

SIEGE P.C.O.....

*DIRECTION DE LA SANTE DE LA PROTECTION SOCIALE*

ADRESSE.....TELEX.....TELEPHONE.....FAX.....

**COORDONNATEUR**

NOM.....PRENOM.....FONCTION.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

N° TELEPHONE BUREAU N° FAX  
.....

1<sup>ER</sup> MEMBRE

NOM.....PRENOM.....FONCTION.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

N° TELEPHONE BUREAU N° FAX

N° TELEPHONE DOMICILE  
.....

2<sup>EME</sup> MEMBRE

NOM.....PRENOM.....

FONCTION.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

N° TELEPHONE BUREAU N° FAX  
.....

3<sup>EME</sup> MEMBRE

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

N° TELEPHONE DOMICILE  
.....

N° TELEPHONE BUREAU N° FAX  
.....

4<sup>EME</sup> MEMBRE

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

N° TELEPHONE DOMICILE  
.....

N° TELEPHONE BUREAU N° FAX  
.....

N° TELEPHONE DOMICILE  
.....

**ANNEXE C**  
**IDENTIFICATION DES MEMBRES DU P.C.O**  
**DU C.H.U OU SECTEUR SANITAIRE OU E.H.S**  
SIEGE P.C.O.....

TELEX

.....

ADRESSE.....

TELEPHONE

.....

COORDONNATEUR

NOM.....PRENOM.....FONCTION.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

N° TELEPHONE BUREAU N° FAX

.....

N° TELEPHONE DOMICILE

.....

1<sup>er</sup> MEMBRE

NOM.....PRENOM.....FONCTION.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

N° TELEPHONE BUREAU N° FAX

.....

N° TELEPHONE DOMICILE

.....

2<sup>ème</sup> MEMBRE

NOM.....PRENOM.....FONCTION.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

N° TELEPHONE BUREAU N° FAX

.....

N° TELEPHONE DOMICILE

.....

3<sup>ème</sup> MEMBRE

NOM.....PRENOM.....FONCTION.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

N° TELEPHONE BUREAU N° FAX

.....

N° TELEPHONE DOMICILE

.....

4<sup>ème</sup> MEMBRE

NOM.....PRENOM.....FONCTION.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

N° TELEPHONE BUREAU N° FAX

.....

N° TELEPHONE DOMICILE

.....



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE**

RESSOURCES MEDICALES

FICHE INDIVIDUELLE

ANNEXE D

CONFIDENTIEL

PHOTO

NOM  
PRENOM  
DATE DE NAISSANCE.....LIEU DE NAISSANCE.....  
FILS DE.....ET DE.....

MEDECIN GENERALISTE	
SPECIALISTE	SPECIALITE

N° TELEPHONE

ADRESSE PERSONNELLE :

ETAGE.....VILLE.....WILAYA.....  
ADRESSE PROFESSIONNELLE CHU OU SECTEUR SANITAIRE DE : OU EHS.....  
.....HOPITAL.....SERVICE.....

N° TELEPHONE

PASSEPORT N° .....DATE D'OBTENTION.....  
CARTE D'IDENTITE NATIONALE N° .....DATE D'OBTENTION.....

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE**

RESSOURCES PARAMEDICALES

FICHE INDIVIDUELLE

ANNEXE E

CONFIDENTIEL

PHOTO

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE.....LIEU DE NAISSANCE.....

FILS DE.....ET DE.....

INFIRMIER DIPLOME D'ETAT (T.S.S).....

INFIRMIER BREVETE (T.S).....OPTION.....

ADRESSE PERSONNELLE :

ETAGE.....VILLE.....WILAYA.....

ADRESSE PROFESSIONNELLE CHU OU SECTEUR SANITAIRE DE : OU

EHS.....HOPITAL.....SERVICE.....

N° TELEPHONE

PASSEPORT N° .....DATE D'OBTENTION.....

CARTE D'IDENTITE NATIONALE N° .....DATE D'OBTENTION.....

Alger, le 14 Novembre 2001

**INSTRUCTION N° 18 /MSP/MIN/ CAB**

**DESTINATAIRES :**

- Madame et Messieurs les Walis « Pour Information »
- Mesdames et Messieurs les DSP « Pour Exécution »
- Messieurs les Directeurs des CHU
- Messieurs les Directeurs des EHS
- Messieurs les Directeurs des Secteurs sanitaires.

**Objet : Prévention des risques sanitaires liés aux intempéries :**

Les intempéries qui ont frappé certaines régions du pays imposent de redoubler de vigilance et de mobiliser tous les moyens de surveillance et d'intervention des services d'épidémiologie et de médecine préventive et des bureaux d'hygiène communale, compte tenu de l'accroissement des risques de survenue des flambées épidémiques de maladies à transmission hydrique, mais également des toxo-infections alimentaires collectives, d'accidents liés aux perturbations des réseaux électriques ainsi que d'accidents de la route.

Les services de santé en étroite collaboration avec les autres secteurs chacun en ce qui le concerne doivent veiller à mettre en œuvre des actions à même de conforter matériellement et psychologiquement ces populations vulnérables et prévenir tout risque sanitaire.

Ces actions consistent à :

- Renforcer la surveillance épidémiologique des maladies contrôlables par l'hygiène du milieu pour déceler toute augmentation anormale des cas de ces maladies.
- Veiller à la mise en œuvre effective par les services techniques de l'hydraulique d'une protection rapprochée (périmètre de protection) des points d'eau et des ouvrages hydrauliques (réservoirs, châteaux d'eau,...).
- Assurer en étroite collaboration avec les services de l'hydraulique, le traitement et le contrôle chimique et bactériologique des eaux destinées à la consommation humaine en veillant au maintien d'un taux de chlore actif libre de 0,2 à 0,4 mg/l en période normale et de 0,4 à 0,6 mg/l en période épidémique et augmenter la fréquence des prélèvements pour colimétrie.

S'assurer que les châteaux d'eau et les réservoirs sont dotés de javellisateurs automatiques fonctionnels et de surcroît d'un javellisateur de fortune pour parer aux coupures électriques.

Mettre en œuvre des plans de citernage au niveau des quartiers dépourvus d'eau potable en assurant un approvisionnement de 20 à 30 litres d'eau par habitant et par jour.

Signaler et faire réparer par les services techniques concernés les fuites d'eau potable et d'eaux usées et surveiller les points noirs connus du réseau.

Mettre en œuvre un programme de communication sociale basé sur les mesures à prendre devant une eau suspecte (odeur et saveur) :

- . Javelliser l'eau à raison de deux gouttes d'eau de javel par litre d'eau
- . Faire bouillir l'eau pendant cinq minutes
- . Eviter de consommer l'eau sans avoir au préalable laisser couler les premiers jets en cas de coupure
- . Laver les légumes et fruits avec une eau javellisée

Renforcer les contrôles d'hygiène et de salubrité publique dans les établissements à caractère alimentaire en étroite coordination avec les services de contrôle de la qualité et de la répression des fraudes.

Vérifier la validité et l'entreposage réglementaire des vaccins et prévoir en cas de panne électrique une substitution inter structures.

Organiser un système de dépistage et de prise en charge des patients susceptibles de présenter des troubles réactionnels post traumatiques.

Etablir et diffuser la liste des numéros de téléphones verts auxquels tout citoyen doit s'adresser lorsqu'il constate une situation à risque. J'accorde la plus grande importance à la réalisation effective de ces directives et vous demande de me faire part d'éventuels problèmes rencontrés dans son application.

Fait à Alger le, 14 Novembre 2001.  
Le Ministre de la Santé et de la Population  
**Abdelhamid ABERKANE**

# **Œuvres Sociales**

## Décret n°82-179 du 15 mai 1982 fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales.

Le Président de la République,

Vu la constitution, notamment ses articles 111-10<sup>e</sup> et 152 ;

Vu la loi n°78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, notamment ses articles 180 à 186 ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions des articles 16 et 180 de la loi n°78-12 du 5 août 1978 susvisée, le présent décret fixe le contenu et les modalités de financement des œuvres sociales des organismes employeurs, quel que soit le secteur d'activité auquel ils appartiennent.

**Article 2 :** Sont considérées comme œuvres sociales au sens du présent décret, toutes actions ou réalisations tendant à contribuer à l'amélioration du bien-être physique et moral des travailleurs par un complément à la rémunération du travail sous forme de prestations en matière de santé, de logement de culture et de loisirs et, en règle générale, toutes mesures à caractère social visant à faciliter la vie quotidienne du travailleur et de sa famille.

**Article 3 :** Les œuvres sociales de l'organisme employeur sont complémentaires des actions de l'Etat, des collectivités locales et des institutions spécialisées, prises en charge en application de la législation et de la réglementation en vigueur.

Elles peuvent être développées dans les domaines ;

de l'assistance sociale,

des prestations en matière de santé,

des crèches et jardins d'enfants,

du sport de masse,

des activités de culture et de loisirs,

des activités tendant au développement du tourisme populaire : excursions, centres aérés, centres de repos familiaux,

des coopératives de consommation,

des actions à caractère administratif tendant, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, à faciliter la création de coopératives immobilières.

**Article 4 :** Sont bénéficiaires des œuvres sociales de l'organisme employeur, les travailleurs et retraités ainsi que les familles qui sont à leur charge.

Les familles des travailleurs décédés continuent de bénéficier des mêmes avantages.

Un arrêté conjoint du ministre chargé du travail et du secrétaire d'Etat aux affaires sociales précisera, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.

**Article 5 :** Les œuvres sociales de l'organisme employeur sont financées dans les conditions fixées par les articles 6 à 12 ci-dessous.

**Article 6 :** Sont à la charge de l'organisme employeur, les infrastructures, l'équipement et son renouvellement, nécessaire à la création et au développement des œuvres sociales.

Les projets de programmes des collectivités publiques des organismes publics et des entreprises sociales sont soumis à la procédure des investissements planifiés.

**Article 7 :** Les charges de fonctionnement des actions entreprises dans les domaines figurant à l'article 3 du présent décret sont financées par le fonds des œuvres sociales, à l'exclusion des dépenses de personnel qui demeurent prises en charge par l'organisme employeur.

**Article 8 :** Le fonds des œuvres sociales de l'organisme employeur est alimenté par une contribution annuelle de ce dernier, calculée sur la base du taux de 3% de la masse salariale brute, primes et indemnités de toutes natures comprises, telle qu'elle ressort de l'exercice comptable de l'année précédente.

**Article 9 :** Dans le cas où l'organisme employeur est nouvellement créé, la contribution sera calculée sur la base du budget prévisionnel de dépenses au titre de la rémunération du personnel ; l'apurement des comptes est effectué sur la masse salariale brute, versée effectivement au cours de l'exercice considéré lors du calcul de la contribution au titre de l'exercice suivant.

**Article 10 :** Le taux fixé à l'article 8 ci-dessus, à titre de contribution de l'organisme employeur au fonds des œuvres sociales, est susceptible de révision, en fonction de l'évolution de l'économie nationale et des objectifs de la planification.

**Article 11 :** La contribution de l'organisme employeur au fonds des œuvres sociales est versée à un compte spécial ouvert à cet effet au nom de l'organe chargé de la gestion des œuvres sociales.

Elle est due en tout état de cause et ne saurait être frappée de forclusion ni tomber en exercice clos.

**Article 12 :** En cas de contestation sur l'assiette de la contribution retenue par l'organisme employeur il peut être fait appel, pour sa détermination, aux services compétents de l'Etat, chargés du travail et des finances dans le cadre de leurs attributions respectives.

**Article 13 :** Outre la contribution de l'organisme employeur, prévue à l'article 8 ci-dessus, le fonds des œuvres sociales peut être alimenté par les ressources suivantes.

les ressources procurées en contrepartie de prestations de services.

les ressources provenant de manifestations sportives et culturelles organisées par les organes chargés de la gestion des œuvres sociales, ainsi que celles provenant, le cas échéant, de l'organisation de loteries.

les subventions d'organismes et d'institutions publics,

les dons et legs,

la contribution financière éventuelle des travailleurs,

**Article 14 :** Le Fonds des œuvres sociales ne peut être détourné de son affectation.

**Article 15 :** Les œuvres sociales ne peuvent être dissoutes à l'occasion d'un transfert de propriété ou de modification du statut juridique de l'organisme employeur. En cas de cessation définitive d'activité de l'organisme employeur, la contribution due, au titre des œuvres sociales, est calculée au prorata temporis, au jour de la cessation pour l'année civile considérée.

**Article 16 :** Les biens meubles et immeubles, acquis sur le Fonds des œuvres sociales prévu à l'article 8 du présent décret, d'un organisme employeur du secteur privé ayant cessé définitivement son activité, sont dévolus à l'organe chargé de la gestion des œuvres sociales inter-organismes du lieu d'implantation dudit organisme employeur.

**Article 17 :** Les travailleurs des organismes employeurs dans lesquels ne sont pas créés des organes et structures chargés de la gestion des œuvres sociales peuvent dans les conditions et modalités fixées par décret bénéficier des œuvres sociales réalisées à leur profit dans un cadre inter-organisme.

**Article 18 :** En application des dispositions de l'article 184 de la loi n°78-12 du 5 août 1978 susvisée, la réglementation définira les conditions dans lesquelles les organismes employeurs assurent le transport, la restauration et le logement de fonction de leurs travailleurs ainsi que les centres d'accueil et les bases de vie.

En attendant la réglementation prévue ci-dessus ainsi que le décret pris en application de l'article 185 de la loi n°78-12 du 5 août 1978 susvisée, les règles et procédures en vigueur continuent d'être appliquées.

**Article 19 :** Toutes dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

**Article 20 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 mai 1982.

Chadli BENDJEDID

**Décret exécutif n° 94-186 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994 complétant le  
décret n° 82-179 du 15 mai 1982 fixant le contenu et le mode de financement des œuvres  
sociales.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur rapport du ministre du travail et de la protection sociale ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4 et 116 (alinéa2) ;  
Vu la plate forme portant consensus national sur la période transitoire ;  
Vu le décret législative n° 94-10 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 instituant la retraite anticipée ;  
Vu le décret législatif n° 94-12 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 fixant le taux de cotisation de sécurité sociale ;  
Vu le décret n° 82-179 du 15 mai 1982 complété, fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales ;  
Vu le décret présidentiel n° 94-92 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 4 Dhou El Kaada 1414 correspondant au 15 avril 1994 portant nomination des membres du Gouvernement,

**Décète:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de compéter les articles 3 et 8 du décret n° 82-179 du 15 mai 1982 susvisé ;

**Article 2** : L'article 3 du décret n° 82-179 du 15 mai 1982 susvisé est complété in fine comme suit :

« les œuvres sociales de l'organisme employeur contributeur, en outre dans le cadre de la législation en vigueur, au financement du régime de retraite anticipée ».

**Article 3** : L'article 8 du décret n° 82-179 du 15 mai 1982 susvisé est complété in fine comme suit

« Le taux de 3% prévu à l'alinéa ci-dessus est affecté comme suit :

2% pour la réalisation des actions prévues à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup> ;

0,5% au titre de la contribution au fonds national des œuvres sociales en faveur de la promotion du logement social des salariés.

0,5% à titre de contribution au financement du régime de retraite.

La quote-part de 0,5% prévue au 3<sup>e</sup> tiret ci-dessus est versée directement par l'employeur au profit de l'organisme chargé de la retraite anticipée selon les modalités en vigueur en matière de sécurité sociale ».

**Article 4** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le 26 Moharam 1415 correspondant au 6 juillet 1994.

**Mokdad SIFI**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

Ministère de Travail et de la Protection Sociale

Le Ministre,

MADAME, MESSIEURS LES MEMBRES DU GOUVERNEMENT

MESSIEURS LES WALIS

MONSIEUR LE DIRECTEUR GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

MESSIEURS LES PRESIDENTS DES FONDS PARTICIPATION

MESSIEURS LES PRESIDENTS ET SECRETAIRES GENERAUX DES ORGANISATIONS SYNDICALES DES TRAVAILLEURS ET D'EMPLOYEURS

MONSIEUR L'INSPECTEUR GENERAL DU TRAVAIL

**CIRCULAIRE N° 009 DU 16 JUILLET 1995**

**Objet : Ouverture d'un compte d'attente auprès du trésor pour abriter les sommes dues au titre de la contribution du fond des œuvres sociales en faveur de la promotion du logement social des salariés.**

**Réf :** Décret exécutif n° 94-186 du 6 Juillet 1994 complété par le décret 82-179 du 15 Mai 1982 fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales.

Le décret exécutif n° 94-186 du 6 Juillet complétant le décret n° 82-179 du 16 Mai 1982 fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales à l'affectation d'une quote-part de 0.5% du fonds des œuvres sociales des organismes employeurs au titre de la contribution au fonds national des œuvres sociales en faveur de promotion du logement social des salariés.

Dans l'attente de la mise en place d'un tel fond pour lequel une concertation active est menée avec les institutions concernées et l'U.G.T.A. conformément aux décisions prises lors de la réunion Gouvernement-U.G.T.A du 2 juin 1995, et à l'effet de préserver les montants dus depuis la date de publication du décret 94-186 du 8 juillet 1994 sus visé, un compte d'attente a été ouvert au niveau du trésor pour abriter lesdits montants.

Ce compte d'attente intitulé 'fonds consignés au trésor' au profit de divers particuliers porte le numéro 481-003.

La conséquence, je vous prie de bien vouloir veiller au versement au compte d'attente ci-dessus indiqué, la quote-part de 0,5% des œuvres sociales au titre de la contribution au fond national chargé de la promotion du logement à caractère social en faveur des travailleurs salariés et ce à compter de la date de publication du décret 94-186 du 8 juillet 1994 sus-visé.

Je vous saurai gré de l'ensemble des dispositions que vous voudrez bien prendre en vue d'assurer une application diligente à la présente circulaire.

Le Ministre du Travail et des Affaires Sociales

**M. LAICHOUBI**

Copie :

Mr. le Chef du Gouvernement (à titre de compte rendu)

Mr. le Ministre Délégué au trésor (pour information)

Mr. le Ministre Délégué au Budget (pour information)

**Décret exécutif n° 96-74 du 14 Ramadhan 1416 correspondant au 3 février 1996 complétant le décret n° 82-179 du 15 mai 1982 fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4 et 116 (alinéa2) ;

Vu le décret n° 82-179 du 15 mai 1982 complété , fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales complété par le décret exécutif n° 94-186 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994 ;

Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement,

**Décète:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de compléter l'article 3 (alinéa 2) du décret n° 82-179 du 15 mai 1982 susvisé par un paragraphe nouveau rédigé ainsi qu'il suit :

"- du financement des actions tendant à la promotion du logement à caractère social au profit des travailleurs salariés".

**Article 2** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le 14 Ramadhan 1416 correspondant au 3 février 1996.

**Ahmed OUYAHIA**



## **Décret n°82-303 du 11 septembre 1982 relatif à la gestion des œuvres sociales.**

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 111-10 et 152 ;

Vu la loi n°78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, notamment son article 182 ;

Vu le décret n° 74-252 du 28 décembre 1974 fixant les modalités de constitution, les attributions, le fonctionnement et le financement de la commission des affaires sociales et culturelles de l'entreprise et de l'unité dans les entreprises socialistes ;

Vu le décret n°82-179 du 15 mai 1982 fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de déterminer les modalités de gestion des œuvres sociales au sein des organismes employeurs.

### **TITRE I**

#### **DISPOSITIONS COMMUNES RELATIVES A LA GESTION DES ŒUVRES SOCIALES**

**Article 2 :** En application des dispositions de l'article 182 de la loi n°78-12 du 5 août 1978 susvisée, la gestion des œuvres sociales est assurée par les travailleurs de l'organisme employeur, par l'intermédiaire de leurs représentants et dans le cadre d'organes et de structures créés à cet effet.

### **CHAPITRE I**

#### **LA COMMISSION DES ŒUVRES SOCIALES**

##### **Section I**

##### **Constitution**

**Article 3 :** Il est constitué, au sein de tout organisme employeur, un ou, le cas échéant, plusieurs organes chargés des œuvres sociales, dénommés « commissions des œuvres sociales » et ce, dans les conditions prévues au titre II du présent décret.

**Article 4 :** Les membres de la commission des œuvres sociales sont désignés pour une période de trois ans, dans les conditions prévues au titre II du présent décret.

**Article 5 :** La commission des œuvres sociales peut entendre, à titre consultatif, toute personne qu'elle juge compétente dans le domaine des œuvres sociales.

**Article 6 :** Les membres de la commission des œuvres sociales jouissent des protections légales édictées par la législation en vigueur en faveur des représentants élus des travailleurs.

##### **Section II**

##### **Attributions**

**Article 7 :** La commission des œuvres sociales est chargée :

d'élaborer les programmes d'actions en matière d'œuvres sociales au sein de l'organisme employeur auprès duquel elle est créée ; de suivre et de contrôler l'exécution de ces programmes par les différents organes et structures créés à cet effet.

A ce titre, la commission des œuvres sociales a pour tâches notamment :

de recenser les besoins en matière d'œuvres sociales et de décider de la nature et de l'importance des actions à entreprendre dans ce domaine ;

d'élaborer le projet de programme annuel en matière d'œuvres sociales ;

d'établir un ordre de priorités en fonction des moyens disponibles et des réalisations indispensables et de veiller à son respect ;

de contrôler et d'évaluer, périodiquement, l'exécution du programme par la structure de gestion concernée et de prendre, le cas échéant toute mesure appropriée pour l'exécution correcte de ce programme.

d'élaborer et d'adopter son règlement intérieur.

**Article 8 :** La commission des œuvres sociales élabore, en collaboration avec la structure de gestion, le projet de budget de fonctionnement d'après les programmes arrêtés. Le projet est soumis, pour appréciation, à la structure de l'organisation des travailleurs concernée.

La commission des œuvres sociales adopte le budget définitif et le transmet à la structure de gestion concernée, aux fins de mise en œuvre.

##### **Section III**

##### **Fonctionnement**

**Article 9 :** La commission des œuvres sociales se réunit, en séance ordinaire, une fois par mois. Elle peut, en outre, se réunir toutes les fois qu'une activité relevant de sa compétence l'exige, sur convocation de son président et à l'initiative de l'autorité compétente de l'organisme employeur concerné ou de l'instance concernée de l'organisation des travailleurs.

L'autorité compétente de l'organisme employeur et, le cas échéant, l'instance concernée de l'organisation des travailleurs, sont tenues informées, au moins huit jours avant la date de la réunion, avec communication de l'ordre du jour arrêté.

**Article 10 :** La commission des œuvres sociales délibère valablement à la majorité de ses membres.

Un procès-verbal est établi après chaque séance, il est communiqué pour information, à l'autorité compétente de l'organisme employeur et, le cas échéant, à l'instance concernée de l'organisation des travailleurs.

**Article 11 :** L'organisme employeur doit communiquer au président de la commission des œuvres sociales, tous les documents nécessaires à l'exécution de la mission et des prérogatives qui lui sont dévolues et donner tous les éclaircissements utiles aux travaux de la commission.

Il doit accorder, aux commissions et à leurs membres toutes les facilités nécessaires à l'exercice de leur attribution, y compris l'usage de locaux.

**Article 12 :** La commission des œuvres sociales établit, chaque fin d'année le bilan des activités sociales et culturelles, dans lequel doivent figurer notamment :

l'état d'exécution des programmes et des projets retenus ;

le rapport financier d'exécution du budget annuel ;

les observations nécessaires et les suggestions éventuelles.

Ces documents sont communiqués à l'autorité compétente de l'organisme employeur et, le cas échéant, à l'instance concernée de l'organisation des travailleurs.

### **CHAPITRE II**

#### **LA STRUCTURE DE GESTION DES ŒUVRES SOCIALES**

**Article 13 :** Les activités sociales et culturelles, arrêtées par la commission des œuvres sociales, sont mises en œuvre par une structure de gestion spécialisée constituée, à cet effet, par l'organisme employeur dans les conditions prévues au titre II du présent décret.

**Article 14 :** La structure spécialisée de gestion gère toutes les ressources affectées aux œuvres, sociales de l'organisme employeur.

**Article 15 :** La structure de gestion rend compte à la fin de chaque semestre, à la commission des œuvres sociales concernés de l'état de fonctionnement des œuvres sociales et de l'exécution du programme, avec les observations nécessaires et les suggestions éventuelles.

**Article 16 :** Le personnel nécessaire à la gestion et au fonctionnement des œuvres sociales est affecté à la structure de gestion en fonction des besoins, par l'autorité compétente de l'organisme employeur.

Ce personnel est soumis aux mêmes règles statutaires et bénéficient des mêmes avantages dont bénéficie l'ensemble du personnel de l'organisme employeur concerné.

### CHAPITRE III GESTION FINANCIERE DES ŒUVRES SOCIALES

**Article 17 :** Le versement de la contribution de l'organisme employeur au fonds des œuvres sociales est effectué dans les 3 mois qui suivent l'ouverture du nouvel exercice budgétaire.

Dans les entreprises socialistes, 50% de la contribution sont versée dans les 3 mois qui suivent l'ouverture du nouvel exercice budgétaire et le solde est versé dans les 3 mois suivants.

**Article 18 :** La comptabilité est tenue dans les formes prévues par prévues par la réglementation en vigueur sous réserve des conditions particulières prévues au titre II du présent décret.

### TITRE II DISPOSITIONS PARTICULIERES CHAPITRE I

#### DISPOSITIONS RELATIVES AUX ENTREPRISES SOCIALISTES

**Article 19 :** Les modalités de constitution, les attributions et fonctionnement de la commission des œuvres sociales dans les entreprises socialistes, sont régis par les dispositions du décret n°74-252 du 28 décembre 1974 susvisé.

**Article 20 :** Dans les entreprises publiques à caractère économique non encore organisées selon le mode de gestion socialiste, la commission des œuvres sociales fonctionne selon le modèle prévu par le décret n°74-252 du 28 décembre 1974 susvisé.

### CHAPITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX ADMINISTRATIONS PUBLIQUES, AUX COLLECTIVITES LOCALES ET AUX ETABLISSEMENTS ET ORGANISMES PUBLICS.

**Article 21 :** Auprès de chaque département ministériel, de chaque wilaya et de chaque commune, Il doit être créé une commission des œuvres sociales.

Lorsque l'importance des effectifs le justifie, il est créé des commissions par daïra, service ou groupe de services ou par établissement ou organisme public.

La commission des œuvres sociales fait l'objet d'une décision de création prise en forme d'arrêté, respectivement par le ministre, wali ou le président de l'assemblée populaire communale.

**Article 22 :** En cas de création d'une commission des œuvres sociale, compétente à l'égard des personnels déconcentrés, en application de la réglementation en vigueur, la décision de création est soumise préalablement à l'avis du wali concerné.

Si, dans un délai d'un mois qui suit la notification du projet de décision portant création de la commission des œuvres sociales, le wali ne s'est pas prononcé son silence vaut approbation.

**Article 23 :** Les commissions prévues au 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article 21 du présent décret, peuvent être créées à l'initiative de l'autorité compétente ou, selon le cas de l'instance syndicale concernée ou des représentants élus des travailleurs réunis à cet effet ;

**Article 24 :** La commission des œuvres sociales est composée, suivant l'importance des effectifs, de cinq à neuf (5à9) membres titulaires et de deux à trois (2à3) membres suppléants désignés, selon le cas, par l'instance syndicale concernée ou par les représentants élus des travailleurs.

Les membres suppléants ne peuvent participer qu'à titre consultatif aux travaux de la commission, sauf s'ils remplacent des membres titulaires.

**Article 25 :** La commission des œuvres sociales élit un président ainsi qu'un vice-président qui seconde et remplace le président en cas d'empêchement.

**Article 26 :** A l'exclusion des membres de l'instance syndicale et des représentants élus des travailleurs. La liste des membres désignés pour faire partie de la commission des œuvres sociales est soumise, pour examen et approbation, aux instances concernées du parti du F.L.N, au plus tard une semaine après son dépôt auprès de l'autorité compétente.

Si, dans un délai d'un mois, le parti du F.L.N n'a pas émis d'avis, ladite liste est considérée comme approuvée.

En cas d'avis défavorable émis dans le délai prévu et entraînant le retrait d'un ou de plusieurs membres de la commission ces derniers sont remplacés selon la même procédure.

La liste définitive des membres de la commission des œuvres sociales est arrêtée par décision de l'autorité auprès de laquelle est appelée à fonctionner, ladite commission.

**Article 27 :** Les membres de la commission des œuvres sociales sont désignés pour la même période que celle fixée à l'article 4 du présent décret, ladite période est renouvelable pour une même durée.

Cependant, dans les cas où les membres sont désignés par une instance syndicale il peut être procédé dès la fin du mandat de cette instance au renouvellement de la composition de la commission des œuvres sociales.

**Article 28 :** Tout membre démissionnaire ou exclu, selon les dispositions du règlement intérieur-type de la commission des œuvres sociales, ou qui se trouverait dans l'impossibilité d'accomplir ses fonctions, est remplacé par l'un des membres suppléants.

**Article 29 :** Les programmes de réalisation et d'équipement des œuvres sociales sont proposés par la commission des œuvres sociales, à l'autorité compétente, dans le cadre des plans de développement nationaux et locaux.

**Article 30 :** En cas de création de plusieurs commission des œuvres sociales au sein d'un département ministériel ou d'une collectivité publique, dans les conditions définies par le présent décret, l'autorité compétente fixe, le cas échéant, par arrêté, outre les règles devant régir les relations fonctionnelles entre les différentes commissions, les attributions respectives de la commission créée au titre de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 21 du présent décret et des commissions instituées au titre de l'alinéa 2 du même article .

**Article 31 :** L'organigramme de la structure spécialisée de gestion prévue à l'article 13 du présent décret est établi conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 32 :** Par dérogation aux règles de comptabilité publique, le ministre des finances fixera les modalités d'application particulières en matière de gestion financière des œuvres sociales.

**Article 33 :** La gestion des œuvres sociales est soumise contrôle financier de l'Etat.

### CHAPITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES EMPLOYEURS DU SECTEUR PRIVE

**Article 34 :** Dans tout organisme employeur en mesure de créer des œuvres sociales propres, et occupant habituellement plus de 50 travailleurs, une commission des œuvres sociales est créée sur proposition de l'instance syndicale concernée.

La commission des œuvres sociales est placée sous le contrôle de l'instance syndicale qui en désigne les membres.

**Article 35 :** La commission des œuvres sociales de l'organisme employeur est composée de 3 à 5 membres choisis, en priorité, parmi les élus à l'instance syndicale ; celle-ci peut, toutefois, si elle le juge utile faire appel à tout travailleur syndiqué de l'unité pour le désigner au sein de la commission.

**Article 36 :** La commission est désignée pour une période de 3 ans ; toutefois, il peut être procédé à toute modification jugée nécessaire dans sa composition au cours du mandat.

**Article 37 :** Le procès-verbal de constitution de la commission des œuvres sociales est transmis à l'organisme employeur. Ampliation en est faite à l'instance syndicale et à l'inspecteur au travail territorialement compétent.

Toute modification de la composition de la commission des œuvres sociales obéit aux mêmes formes.

**Article 38 :** Les organismes employeurs qui, pour des raisons dûment établies, ne peuvent promouvoir d'œuvres sociales propres, contribuent annuellement au fonds inter-organismes des œuvres sociales.

**Article 39 :** Les fonds des œuvres sociales, dont la gestion était confiée aux comités des œuvres sociales ou au bureau syndical des organismes employeurs visés à l'article 38 du présent décret, sont transférés de droit au compte ouvert au nom de la commission inter-organismes des œuvres sociales.

**Article 40 :** Les organismes employeurs du secteur privé qui, pour quelque motif que ce soit, ne se sont pas acquittés de la contribution financière au fonds des œuvres sociales mise à leur charge en vertu du décret n°75-67 du 29 avril 1975 fixant la contribution des employeurs au financement des œuvres sociales, demeurent redevables des sommes restantes dues.

**Article 41 :** Les dispositions prévues par le présent chapitre sont applicables aux entreprises d'économie mixte.

#### CHAPITRE IV

#### DISPOSITIONS RELATIVES AU SECTEUR AGRICOLE ET COOPERATIF

**Article 42 :** Sous réserve des dispositions relatives à la détermination du contenu et du financement des œuvres sociales, le secteur agricole autogéré et coopératif demeure, à titre transitoire, régi par les dispositions réglementaires en vigueur.

#### TITRE III

#### DISPOSITIONS FINALES

**Article 43 :** Les agents de l'inspection du travail, dans le cadre de leurs attributions, constatent et relèvent, par procès-verbal, les infractions aux dispositions du présent décret.

**Article 44 :** Toutes dispositions contraires au présent décret sont abrogées, notamment ;

Le décret n° 75-66 du 29 avril 1975 fixant les modalités de gestion des œuvres sociales ;

Le décret n° 75-67 du 29 avril 1975 fixant la contribution des employeurs au financement des œuvres sociales.

**Article 45 :** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 11 septembre 1982

Chadli BENDJEDID

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DES FINANCES  
DIRECTION GENERALE DU BUDGET  
DE LA COMPTABILITE ET DE L'AGENCE  
FINANCIERE DU TRESOR

ALGER LE 31 MAI 1983

DIRECTION DE LA COMPTABILITE

ŒUVRES SOCIALES N° 017 DU 13/05/1983  
GESTION FINANCIERE DES O/S

**INSTRUCTION N° 017 Relative au mode de financement et à la gestion financière des œuvres sociales dans le secteur public administratif**

**REFERER :** Décret n° 82-179 du 13 mai 1982 fixant le contenu et le mode de financement des œuvres Sociales.

Décret n° 82-303 du 11 septembre 1982 relatif à la gestion des œuvres sociales.

Le décret n° 82-179 du 15 mai 1982 susvisé a fixé dans ses articles 8 à 12 le mode de financement des œuvres sociales. Le décret n° 82-303 du 11 septembre 1982 susvisé a défini dans ses articles 17 et 18 certaines conditions liées à leur gestion financière. La présente instruction prise en application des dispositions prévues aux articles 21 à 23 de ce dernier texte et notamment de l'article 32 a pour objet :

d'une part, de préciser le mode de financement des œuvres sociales notamment en ce qui concerne les conditions de paiement de la contribution aux œuvres sociales par les organismes employeurs ;  
d'autre, de préciser le mode de financement des œuvres sociales dans le secteur public administratif.

**I°) le mode de financement des œuvres sociales :**

Les charges de fonctionnement des œuvres sociales développés dans les domaines suivants limitativement énumérés ci-dessous :

assistance sociale  
prestations en matière de santé  
crèches et jardins d'enfants  
sports de masse  
activités de culture et de loisirs  
actions tendant au développement du tourisme populaire  
excursions , contre aérés , centres de vacances , centres de repos familiaux  
coopératives de consommation  
actions à caractère administratif tendant dans le cadre de la législation et la réglementation en vigueur à faciliter la création de coopératives immobilières.  
ont financées par le fonds des œuvres sociales à l'exclusion des dépenses du personnel qui demeures prises en charge par l'organisme employeur.

Le fonds des œuvres sociales est alimenté par une contribution de l'organisme employeur calculé sur la base du taux de 3 % de la masse salariale brute telle qu'elle ressort de l'exercice comptable de l'année précédente.

Par masse salariale brute il faut entendre l'ensemble des rémunérations servies aux travailleurs en activités dans l'organisme au titre des salaires de base, des primes et indemnités à l'exclusion de toute indemnité ayant caractère de remboursement de frais notamment les indemnités de transport et de déplacement ainsi que les charges sociales y afférentes.

Le versement de la contribution de l'organisme employeur, (administrations publique, collectivités locales et établissements et organismes publics) au fonds des œuvres sociales est effectué dans les trois mois qui suivent l'ouverture de l'exercice budgétaire.

Il se fait par virement à un compte de chèques postaux ouvert au nom de la structure de gestion des œuvres sociales sous l'intitulé « fonds des œuvres sociales ouvert par imputation au compte » contribution aux œuvres sociales ouvert à cet effet dans le budget de l'organisme employeur.

Le montant du virement doit être appuyé d'un état certifié par l'ordonnateur faisant ressortir le montant de la masse salariale telle que définie ci-dessus et telle apparaît au budget de l'année précédente de l'organisme employeur.

Dans le cas où l'organisme employeur est nouvellement créé la contribution sera calculée sur la base du budget prévisionnel de dépenses au titre de la rémunération du personnel.

L'apurement des comptes est effectué par la suite sur la masse salariale brute, effectivement versée au cours de l'exercice considéré lors du calcul de la contribution au titre de l'exercice suivant.

Outre la contribution de l'organisme employeur dont il est fait état ci-dessus le fonds des œuvres sociales peut être alimenté par les ressources suivantes :

Les ressources procurées en contre-partie de prestation de service ;

Les ressources provenant de manifestations sportives et culturelles organisées par les organes chargés de la gestion des œuvres sociales ainsi que celles provenant, le cas échéant, de l'organisation de loteries.

Les subventions d'organismes et institutions publics,

Les dons et legs,

La contribution financière éventuelle des travailleurs,

**II°) les modalités de gestion financière des œuvres sociales.**

En vue d'assurer une gestion prévisionnelle et maîtrisée des œuvres sociales, il est prévu que :

1°) les crédits figurant au compte courant postal « fonds des œuvres sociales » seront utilisés dans le cadre d'un budget.

2°) la comptabilité des œuvres sociales sera tenue conformément à un cadre comptable spécifique.

3°) les opérations d'engagement de paiement de dépenses ou de perception de recettes autres que la contribution de l'organisme employeur seront effectuées conformément aux règles et procédures définies par la réglementation générale en vigueur.

**Le cadre budgétaire**

Les crédits figurant au compte courant postal «fonds des œuvres sociales» seront utilisés dans le cadre d'un budget établi chaque année par la commission des œuvres sociales avant le 31 décembre de l'année et approuvé par le responsable de l'organisme employeur concerné.

Le budget des œuvres devra être ventilé par œuvres et établi d'après les rubriques prévues dans le compte de gestion tel que défini par le cadre comptable e œuvres sociales.

En toute hypothèse, il devra récapituler pour chaque œuvre l'ensemble des dépenses et des recettes prévisionnelles.

Il doit être appuyé :

1°) d'un état nominatif du personnel avec indication des salaires, indemnités et autres frais pris en charge directement par l'organisme employeur et dûment certifié par l'ordonnateur de l'organisme concerné.

2°) d'un état des investissements sociaux, bâtiments, matériel et outillage, matériel de transport, mobilier et équipement ménager, agencements et installations, ou figure pour chaque investissement la date d'entrée ou de sortie de l'investissement sa consistance ainsi que son prix d'acquisition à titre onéreux ou gratuit ou son prix de cession (voir annexe XII).

3°) d'un état des stocks par matières, denrées et produits faisant ressortir le stock théorique apparaissant sur les fiches de stocks et le stock réel, la prise d'inventaire et les écarts éventuels.

Le cadre budgétaire servira de base à la tenue de la comptabilité des engagements qui sera tenue simultanément avec la comptabilité générale faisant partie du cadre comptable défini ci-après.

#### **le cadre comptable**

le cadre comptable comprend :

la comptabilité générale

la comptabilité « matière »

le registre d'inventaire des investissements

la comptabilité générale.

la comptabilité générale comprend la comptabilité « deniers » et la comptabilité des engagements.

#### **1°) la comptabilité « deniers »**

La comptabilité « deniers » tenue conformément un plan comptable simplifié inspiré du plan comptable national comporte deux classes :

classe 6 charges

classe 7 produits

dont les comptes sont mouvementés en contre-partie des opérations de trésorerie enregistrées sur un livre journal.

la classe 6 « charges » comprend les comptes suivants :

60 achats de produits et de denrées

61 achats matières et fournitures.

62 services,

620 transport

621 loyers et charges locatives

622 entretien et réparation.

624 documentation

627 déplacements et réceptions

628 postes et télécommunications

#### **63 frais du personnel ( le cas échéant )**

630 rémunérations principales

632 indemnités et prestations directes

635 cotisations sociales

#### **64 Impôts et taxe (le cas échéant)**

640 versement forfaitaire

646 droits d'enregistrement

648 autres impôts de taxes

#### **66 Frais divers**

660 Assurances

669 Autres frais divers

la classe 7 « produits » comprend les comptes suivants :

70 ventes de produits ou prestations de services

700 ventes de produits

702 prestations de service

77 produits divers

79 contribution reçue.

La comptabilité « deniers » est tenue au jour le jour et sans interruption sur un livre journal dont les feuilles sont établie conformément au modèle n°1 joint en annexe comportent 11 colonnes destinées chacune à abriter les éléments suivants :

Colonne 1 : numéro d'ordre de l'opération

Colonne 2 : la date de sa réalisation

Colonne 3 : la désignation de l'opération

Colonne 4 : l'avoir général « recettes »

Colonne 5 : l'avoir général « dépenses »

Colonne 6 : la caisse « recettes »

Colonne 7 : la caisse « dépenses »

Colonne 8 : le C.C.P. « recettes »

Colonne 9 : le C.C.P. « dépenses »

Colonne 10 : le compte débité à la suite d'une dépense payée pour caisse ou C.C.P.

Colonne 11 : le compte crédité à la suite d'une recette perçue par caisse ou CCP

Toute inscription dans un compte de disponibilité (caisse ou CCP) doit donner lieu à une inscription de même montant et de même sens dans le compte avoir général de sorte qu'à chaque instant les totaux des montants inscrits dans les colonnes 5 à 9 doivent vérifier les égalités suivantes :

Colonne 4 : colonne 6 + colonne 8

Colonne 5 : colonne 7 + colonne 9

Colonne 4 – colonne 5 (colonne 6-colonne 7) + (colonne 8 – colonne 9)

Chaque inscription sur le livre –journal donne lieu à un rapport sur une fiche comptable ouverte pour chaque compte selon la nomenclature définie ci-dessus établie conformément au modèle n° 2 joint en annexe comportant 6 colonnes destinées chacune à abriter les éléments suivants :

Colonne 1 : n° d'ordre de l'opération

Colonne 2 : la date de sa réalisation

Colonne 3 : la désignation de l'opération

Colonne 4 : la dépense payée

Colonne 5 : la recette encaissée

Colonne 6 : le solde soit la différence entre le total de la colonne 4 et celui de la colonne 5

Les totaux des différentes colonnes 4-5 et 6 de chaque compte sont récapitulés à la fin de chaque mois et en fin de gestion sur une balance établie conformément au modèle joint en annexe n°3 comportant 5 colonnes destinées chacune à abriter les éléments suivants :

Colonne 1 : le n° d'ordre  
Colonne 2 : le n° des comptes  
Colonne 3 : le total des débits des comptes  
Colonne 4 : le total des crédits des comptes  
Colonne 5 : le total des soldes des comptes  
La balance des comptes donne lieu en fin de période comptable à un regroupement faisant apparaître les soldes débiteurs et les soldes créditeurs.

Ce regroupement dit « compte de gestion » établi conformément au modèle n° 4 joint en annexe comporte 6 colonnes destinées chacune à abriter les éléments suivants :

Colonne 1 : le n° des comptes à soldes débiteurs  
Colonne 2 : le libellé des comptes à soldes débiteurs  
Colonne 3 : le montant des soldes débiteurs  
Colonne 4 : le n° des comptes à soldes créditeurs  
Colonne 5 : le libellé des comptes à soldes créditeurs  
Colonne 6 : le montant des soldes créditeurs

La différence entre le total des soldes débiteurs et le total des soldes créditeurs constitue le résultat de l'exercice qui doit correspondre à l'avoir général de fin de période (total des recettes moins de total des dépenses) qui figure dans le livre –journal

La mention « résultat comptable » est portée au de portée au dessous du n° et du libellé des comptes créditeurs et le montant de ce résultat porté pour balance sous les soldes créditeurs.

Parallèlement à cette comptabilité « deniers » est tenue une comptabilité des engagements.

## **2- La comptabilité des engagements**

la comptabilité des engagements comporte un livre journal les engagements et des fiches d'engagements.

le livre –journal des engagements est établi conformément au modèle n° 5 joint en annexe comportant 6 colonnes destinées chacune à abriter les éléments suivants :

colonne 1 : n° d'ordre de l'opération  
colonne 2 : la date de son engagement  
colonne 3 : la désignation de l'opération  
colonne 4 : le montant de l'engagement  
colonne 5 : le montant du désengagement ou de la liquidation  
colonne 6 : le total des engagements en cours.

le total de la colonne 6 est égale à la différence entre le total de la colonne 4 et le total de la colonne 5 - il doit être dégagé après chaque opération qu'il agisse engagement, de désengagement ou de liquidation.

L'engagement est la constatation d'une obligation de laquelle résulte une charge. Cette opération est indispensable en vue de se prémunir contre les risques d'endettement inconsidéré des organismes de gestion des œuvres sociales qui en toute hypothèse ne doivent jamais s'engager au delà du montant des crédits prévus pour l'ensemble des chapitres.

Le désengagement est l'opération inversée de l'engagement.

Elle consiste à se délier d'une obligation en annulant par exemple une commande de façon définitive.

La liquidation consiste au moment de la réception de la facture à s'assurer de son montant ainsi que du service fait .

Chaque opération sur le livre-journal des engagements donne lieu à un rapport sur une fiche d'engagement ouverte pour chaque compte selon la nomenclature définie ci-dessus , établie conformément au modèle n°6 joint en annexe comportant 6 colonnes destinées chacune à abriter des éléments suivants :

Colonne 1 : le n° d'ordre de l'opération  
Colonne 2 : la date de son engagement  
Colonne 3 : la désignation de l'opération  
Colonne 4 : le montant de l'engagement  
Colonne 5 : le montant du désengagement  
Colonne 6 : le solde disponible

Au début de chaque exercice les crédits prévus pour chaque chapitre sont portés dans la colonne 6

Des crédits sont diminués ou augmentés respectivement du montant de chaque engagement ou désengagement .

L'opération de liquidation qui figure sur le journal n'est pas reportée sur la fiche d'engagement qui à chaque moment doit faire apparaître pour le chapitre concerné le montant des engagements celui des désengagements et le solde disponible susceptible d'être engagé.

## **la comptabilité « matière »**

la comptabilité « matière » comprend :

un journal de sorties (annexe 8)  
un journal de stocks (annexe 9)  
les fiches de stocks (annexe 10)

Les opérations matérielles d'entrée en stocks sont enregistrées au vu des bons de sortie extraits d'un carnet à souche prénuméroté auxquels sont annexés les bons de commande établis par le service demandeur .

Les éléments figurant sur les bons de sortie en qualité et en valeur selon le système du (premier-entrée, premier-sortie).sont rappelés sur les fiches de stocks qui à chaque instant doivent faire apparaître la quantité du produit concerné en stocks ainsi que sa valeur au coût d'achat.

En fin de période comptable ou l'exercice tous les soldes des fiches de stocks sont reportés et centralisés en quantité et en valeur sur un état des stocks établi conformément au modèle n° 7 joint à cette instruction.

Cet état de stocks constitue une annexe du compte de gestion.

Il doit être appuyé d'un état de prise d'inventaire des stocks.

## **Le registre d'inventaire des investissements :**

Tous les investissements acquis à titre onéreux ou gratuit et appartenant aux œuvres sociales ou cédés par celles-ci doivent faire l'objet d'un enregistrement à la date de leur acquisition ou de cession dans un registre d'inventaire, dont les feuilles établis conformément au modèle n°11.

Les feuilles du registre d'inventaire des investissements comporte 5 colonnes :

Colonne 1 : n° d'ordre de l'investissement  
Colonne 2 : la date d'entrée ou de sortie de l'investissement  
Colonne 3 : désignation de l'investissement entré.  
Colonne 4 : valeur de l'investissement  
Colonne 5 désignation des pièces justificatives.  
Colonne 6 : désignation d'investissement sorti.



La valeur de l'investissement à porter sur le registre d'inventaire dans la colonne 4 est soit la valeur d'acquisition, soit la valeur estimée de l'investissement acquis à titre gratuit, soit le prix de cession.

Les pièces justificatives à produire à l'appui des inscriptions sur le registre d'inventaire des investissements sont constituées par les factures d'achat, les décisions administratives, cession d'investissement etc.....

Les sorties d'investissements sont constatées par des factures de cession d'investissement de décision motivée prise à cet effet par l'agent responsable des œuvres sociales.

Les investissements inscrits sur le registre d'inventaire sont reportés selon leur nature sur des fiches d'inventaires établies conformément au modèle n°11 (registre inventaire) portant des n°8 de nomenclature limitativement énumérés ci-après.

250 Bâtiments sociaux

253 Matériel et outillage

254 Matériel de transport

255 Mobilier et équipement ménager

257 Agencement et installations.

Les bâtiments sociaux comprennent les fondations et leurs appuis, les murs, les planchers, les toitures ainsi que les aménagements, faisant corps avec eux à l'exclusion de ce qui peuvent être facilement détachés ou encours de ceux qui en raison de leur nature ou de leur importance, justifiant une inscription distincte.

Le matériel est constitué par l'ensemble des investissements utilisés dans le cadre du fonctionnement des œuvres sociales.

L'outillage comprend tous les instruments dont l'utilisation convient avec un matériel spécialisé ce matériel dans un emploi déterminé.

Le matériel de transport comprend tous les véhicules et appareils servant au transport des personnes et des choses par terre ou par fer, par eau ou par air.

Le mobilier comprend l'ensemble des meubles constitués par les objets mobiles servant à l'usage ou à la décoration des locaux.

L'équipement ménager comprend l'ensemble des ustensiles et appareils à usage ménager utilisés dans le cadre de fonctionnement normal de l'œuvre.

Les aménagements et installations comprennent tous les objets et travaux destinés à établir une liaison entre les divers investissements ou à mettre ceux-ci en état d'usage.

En fin de période comptable une copie de chacune que (5 cinq) fiches d'inventaires des investissements énumérées ci-dessus est jointe en annexe au compte de gestion à l'appui de l'état de l'investissement social (annexe XII).

Il est demandé à chaque gestionnaire concerné de veiller à l'application stricte de la présente instruction.

DESTINATAIRES			
DGAM	S/Directeurs P.G.A	Ministres Walis pour diffusion	Cour des comptes
DGD DRC	T.P.A T.W		I.G.F

Livre – journal ANNEXE I

N°	DATE	Désignation de l'opération	Avoir général		Disponibilités				Comptes	
			dbi	crédit	Caisse		C.C.P		dbi	crédit
					dbi	crédit	dbi	crédit		

FICHE COMPTABLE ANNEXE II

N°	DATE	DESIGNATION DE L'OPERATION	Débit 4	Crédit 5	Solde 6

N°	N° COMPTE	DEBIT 3	CREDIT 4	SOLDE 5

N° DES COMPTES	CHARGES	MONTANT	N° DES COMPTES	PRODUITS	MONTANT
	COMPTES A SOLDE DEBITEUR			COMPTES A SOLDE CREDITEURS	

LIVRE JOURNAL DES ENGAGEMENTS  
ANNEXE V

N°	DATE	DESIGNATION DE L'OPERATION	ENGAGEMENT	DESENGAGEMENT ET LIQUIDATION	TOTAL DES ENGAGEMENTS EN COURS

N° DU COMPTE		Intitulé des groupes de compte généraux et comptes particuliers	comptables	SD	Transport	Justification		
Nouv	Anc					D	CC	S

N°	Produits Matières ou fournitures	Entrées			Sorties			Solde		
		Q	P	V	Q	P	V	Q	P	V

JOURNAL DES ENTREES  
ANNEXE VIII

N°	DATE	N° DE B/ENTREE	Désignation De l'opération Et pièce justifica	Montant	OBS

JOURNAL DES SORTIES  
ANNEXE IX

N°	DATE	N° DU BON DE SORTIE	DESIGNATION DE L'OPERPIE JUSTIFICA	MONTANT	OBS



**ARRETE INTERMINISTERIEL DU 7 MARS 1987**  
**RELATIF AUX COOPERATIVES DE CONSOMMATION.**

Le ministre du commerce,  
Le ministre de l'intérieur et des collectivités locales,  
Le ministre de la formation professionnelle et du travail,  
Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur,  
Vu l'ordonnance n° 71-74 du 16 novembre 1971 portant gestion socialiste des entreprises ;  
Vu l'ordonnance n° 75-37 du 29 avril 1975 relative aux prix et à la répression des infractions à la réglementation des prix ;  
Vu le décret n° 74-252 du 28 décembre 1974 fixant les modalités de constitution, attributions, le fonctionnement et le financement de la commission des affaires sociales et culturelles de l'entreprise et de l'unité dans les entreprises socialistes ;  
Vu le décret n° 82-179 du 15 mai 1982 fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales ;  
Vu le décret n° 83-258 du 18 avril 1983 relatif au registre du commerce ;

**Arrêtent:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Les coopératives de consommation sont des œuvres sociales à but non lucratif implantées et intervenant dans la distribution, à titre complémentaire des structures publiques de distribution de détail.

**Article 2** : Les coopératives de consommation ont pour mission générale de participer à la protection du pouvoir d'achat du travailleur. Elles sont chargées d'assurer un approvisionnement régulier de leurs adhérents en produits de large consommation dans les meilleures conditions de prix et de qualité, en tenant compte de leurs besoins réels.

**Article 3** : Les produits de large consommation diffusés par les coopératives de consommation intéressent notamment les gammes suivantes :

alimentation générale  
confection, habillement,  
articles de ménage et produits ménagers  
articles d'entretien  
articles et fournitures scolaires.

**Article 4** : L'implantation, au niveau de chaque wilaya, des coopératives de consommation est examinée par une commission de wilaya composée des services compétents chargés du commerce, du travail ainsi que du représentant de l'union de wilaya de l'UGTA.

Les propositions de cette commission sont établies par référence aux critères suivants :

importance des travailleurs ou densité des travailleurs à approvisionner,  
capacité d'intervention des unités publiques de distribution de détail en place,  
éloignement des centres d'approvisionnement des lieux de travail ou isolement des entreprises et unités,  
prise en charge correcte des besoins de consommation des travailleurs, tels que définis à l'article 3 ci-dessus, programmés par les commissions des affaires sociales des entreprises et unités implantées au niveau de chaque wilaya

Les propositions formulées par chaque commission de wilaya sont transmises au ministère du commerce.

**Article 5** : Le ministre du commerce, le ministre de la formation professionnelle et du travail et le secrétaire général de l'UGTA arrêtent, par décisions conjointes, les lieux d'implantations formulées par les commissions de wilaya prévues à l'article 4 ci-dessus ;

**Article 6** : L'ouverture des coopératives de consommation est soumise à la réunion des conditions suivantes :

l'affectation des locaux

la dotation en équipements, moyens de fonctionnement et fonds de roulement, conformément aux dispositions des articles 6 et 7 du décret n° 82-179 du 15 mai 1982 fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales.

La création de la coopérative de consommation est constatée par un procès-verbal

**Article 7** : Les coopératives de consommation s'approvisionnement auprès de tout fournisseur public et / ou privé dans les gammes de produits prévues à l'article 3 ci-dessus.

**Article 8** : Pour les gammes de produits dont la distribution est organisée par un plan de distribution, les approvisionnements des coopératives de consommation sont effectués dans le cadre des plans de distribution mensuels et annuels arrêtés au niveau de chaque wilaya ;

A cet effet, les coopératives de consommation sont tenues d'adresser, dans les délais requis, leurs besoins prévisionnels à la wilaya ainsi qu'aux différentes entreprises publiques chargées de les approvisionner pour les gammes de produits que celles-ci distribuent.

**Article 9** : Les coopératives de consommation prennent livraison des qualités qui leur sont alloués auprès des magasins et lieux qui leur sont désignés par les différents fournisseurs.

Les paiements des marchandises s'effectuent au fur et à mesure des livraisons par la base de la facturation correspondante.

**Article 10** : Les prix de cession des entreprises fournisseurs aux coopératives de consommation sont ceux fixés à détaillant.

Les prix de cession des coopératives de consommation aux adhérents intègrent un niveau de marge bénéficiaire suffisant pour assurer la couverture des différentes pertes de marchandises et manques à gagner, dus à la mévente, à la casse et à la dépréciation de marchandises.

La marge bénéficiaire prélevée par les coopératives de consommation peut, lorsque les conditions prévues à l'alinéa 2 ci-dessus sont réunies, être fixée entre 5% et 10 % du montant des marges allouées réglementairement et rémunérant la distribution de détail ; elle peut être modulée en fonction des différentes catégories de marchandises diffusées.

**Article 11** : Sont considérés comme adhérents aux coopératives de consommation, après paiement de leurs droits d'adhésion :

les travailleurs en activité au sein de l'organisme employeur,  
les retraités et les invalides anciens travailleurs de l'organisme employeur  
les ayants droit des travailleurs décédés

**Article 12** : L'adhésion à une coopérative de consommation est exclusive ; aucun travailleur ou bénéficiaire ne peut adhérer à plus d'une coopérative à la fois.

**Article 13** : La coopérative de consommation est administrée par un gérant désigné par la structure spécialisée des œuvres sociales sur proposition de la commission des œuvres sociales.

Il est nommé à cette fonction par l'organisme employeur.

**Article 14** : Dans le cadre de ses attributions le gérant est chargé, sous le contrôle de la commission des œuvres sociales, assistée par la structure spécialisée des œuvres sociale ;

d'assurer la gestion ordinaire de la coopérative et de mettre en œuvre le programme d'action arrêté par la commission des œuvres sociales,

d'établir des rapports d'activités ainsi que les bilans financier et comptable de la coopérative, de les transmettre à la commission des œuvres sociales et à l'organisme employeur. Il tient ces documents à la disposition de tout organe de contrôle, de représenter la coopérative à l'égard des tiers,

**Article 15** : L'organisme employeur affecte et prend en charge le personnel de la coopérative de consommation, conformément à la réglementation en vigueur,

**Article 16** : Les critères de désignation du gérant ainsi que les personnels affectés à la coopérative de consommation sont fixés dans le statut-type des coopératives de consommation,

**Article 17** : Le gérant ainsi que le personnel de la coopérative sont responsables individuellement ou solidairement, selon le cas, des fautes commises en violation des dispositions législatives et réglementaires, des statuts de la coopérative ainsi que de celles commises dans la gestion.

Le gérant ainsi que le personnel de la coopérative peuvent faire, éventuellement l'objet, outre les sanctions administratives, de poursuites judiciaires lorsque les infractions commises sont prévues et réprimées par la réglementation en vigueur.

**Article 18** : les ressources financières des coopératives sont constituées par :

une dotation initiale à partir de son œuvre sociale,

le produit des droits d'adhésion,

le surplus financier dégagé de l'activité de la coopérative.

Les dépenses de la coopérative de consommation sont constituées par toutes les dépenses nécessaires à l'activité de celle-ci.

**Article 19** : L'exercice financier et comptable des coopératives de consommation est annuel.

La tenue des écritures comptable et le maniement des fonds sont opérés conformément à la réglementation en vigueur,

L'ouverture et la clôture de l'exercice financier et comptable sont effectuées respectivement le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de chaque année.

Le premier exercice se termine le 31 décembre de l'année d'ouverture, quelle que soit la date de démarrage des activités de la coopérative concernée.

**Article 20** : Les excédents nets d'exploitation annuels sont versés au fonds des œuvres sociales.

Le fonds des œuvres sociales peut être mouvementé par la commission des œuvres sociales pour couvrir les dépenses induites par le développement des activités de la coopérative sous le déficit de gestion réglementairement établi dans le cas visé à l'article 23 ci-dessous.

**Article 21** : Le contrôle des coopératives de consommation est exercé conformément à la loi par les services habilités du ministère du commerce ainsi que par les autres services de l'état, chacun dans son domaine de compétence,

**Article 22** : Les services habilités du ministère du commerce exercent leur contrôle sur les coopératives de consommation, notamment pour ce qui concerne :

Le respect des prix pratiqués établis par référence aux dispositions de l'article 10 ci-dessus,

La conformité du programme d'approvisionnement à la nature et aux volumes des produits et articles diffusés par la coopérative,

Les cessions de marchandises,

La qualité des produits et articles diffusés,

**Article 23** : Les coopératives de consommation sont dissoutes dans l'un des cas suivants :

Lorsque la dissolution de l'organisme employeur est prononcée,

En cas de retrait de l'agrément pour violation des dispositions du présent arrêté et / ou du statut de la coopérative,

Lorsque le bilan de la coopérative fait apparaître un déficit grave, dûment constaté, de nature à empêcher la réalisation normale des activités de la coopérative, et après avis de la commission des œuvres sociales.

**Article 24** : Lorsque la dissolution de la coopérative est prononcée, l'organisme employeur désigne, conjointement avec la commission des œuvres sociales, un ou plusieurs commissaires des opérations de liquidation.

**Article 25** : Le ou les commissaires liquidateurs de la coopérative de consommation dissoute, procèdent à l'établissement d'un inventaire contradictoire de l'ensemble des biens détenus par la coopérative.

Les personnels permanents de la coopérative dissoute sont réaffectés à d'autres postes de travail au sein de l'organisme employeur.

Le fonds des œuvres sociales de l'organisme employeur intervient en garantie des engagements souscrits par elle, dans le cas où son actif net réalisé se révèle insuffisant.

L'actif restant, après règlement du passif transféré au fonds des œuvres sociales de l'organisme employeur.

Un rapport de liquidation retraçant le bilan général de celle-ci est transmis à la wilaya par l'organisme employeur.

**Article 26** : Les coopératives de consommation existantes, titulaires d'un agrément du wali, sont tenues dans un délai maximal d'un an, d'harmoniser leurs statuts avec les dispositions du présent arrêté, à compter de la date de sa publication au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Les coopératives ayant fait l'objet de décision de fermeture ou de suspension d'activités peuvent introduire des demandes de renouvellement auprès de la wilaya dans un délai de six (06) mois,

**Article 27** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 mars 1987,

Le ministre du commerce

le ministre de l'intérieur et  
des collectivités locales

**Mostefa BENAMAR**

**M'Hamed YALA**

Le ministre de la formation professionnelle et du travail  
**Aboubakr BELKAID**

MINISTERE DES FINANCES  
DIRECTION GENERALE DE LA COMPTABILITE  
DIRECTION DE LA REGLEMENTATION COMPTABLE

**INSTRUCTION N° 38 DU 03 NOVEMBRE 1998**

**OBJET : Modalités de remboursement des prêts consentis aux personnels des services publics de l'Etat, par les associations des oeuvres sociales.**

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités de remboursement des prêts consentis par les associations des oeuvres sociales, aux personnels émergeant sur les budgets de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif.

Afin de garantir le remboursement de ces prêts, les ordonnateurs de ces budgets peuvent dans les conditions fixées ci-après, procéder mensuellement à des précomptes sur les rémunérations des bénéficiaires, jusqu'à amortissement desdits prêts.

Dans ce cas, le dossier de prêt doit comporter, outre les documents exigés en la matière, une autorisation de précompte conforme au modèle ci-joint en annexe établie en trois exemplaires, par laquelle le candidat au prêt autorise expressément son employeur à retenir sur ses émoluments, le montant des échéances dues à titre de remboursement du prêt.

Un exemplaire de ce document est conservé par la structure ayant accordé le prêt, le deuxième exemplaire est détenu par l'ordonnateur et le troisième exemplaire est joint par ce dernier à l'ordonnance ou mandat de salaire sur lesquels figure la première retenue.

Chaque prêt fera l'objet d'une fiche comptable à travers, laquelle l'ordonnateur suivra la situation des précomptes, jusqu'à remboursement intégral du prêt.

Le montant des retenues ainsi opérées est versé mensuellement par les comptables assignataires au compte de dépôt de fonds ouvert dans leurs écritures, au nom des organismes bénéficiaires.

Je vous demande de veiller à l'application des dispositions de la présente instruction.

**DESTINATAIRES :**

Pour exécution

Trésorerie centrale  
Trésorerie principale  
Trésoreries des wilaya (et notification aux agents comptables des E.P.A.)

Pour information :

Direction générale du trésor  
Direction générale du budget  
Direction générale des impôts (et notification aux receveurs des impôts)  
Direction générale des douanes  
Ministères (et notification aux institutions et E.P.A sous tutelle)  
Walis  
Directions régionales du trésor  
Agence comptable centrale du trésor  
Inspection des services comptables  
Inspection générale des finances  
Cour des comptes

**ANNEXE A L'INSTRUCTION N° 38 DU 03 NOVEMBRE 1998**

AUTORISATION DE PRECOMPTE

JE SOUSSIGNE..(1).....

GRADE.....

FONCTION.....

ADRESSE.....

ORGANISME EMPLOYEUR.....

MONTANT DU PRET ACCORDE.....

MONTANT DE L'ECHEANCE MENSUELLE.....

NOMBRE D'ECHEANCE.....

DATE DE LA PREMIERE ECHEANCE.....

AUTORISE MON EMPLOYEUR A PROCEDER AUX PRECOMPTE MENSUELS CI-DESSUS SUR MON TRAITEMENT AU TITRE DU PRET QUI M'A ETE CONSENTI PAR LES ŒUVRES SOCIALES, JUSQU'A REMBOURSEMENT INTEGRAL DE CE DERNIER.

VISA DE LA STRUCTURE  
DES ŒUVRES SOCIALES

DATE ET SIGNATURE DE L'INTERESSE

Nom et prénom du bénéficiaire du prêt.

# ***2-Prévention***

## **Prévention Générale**

**ARRETE N° 179/MS/CAB DU 17 NOVEMBRE 1990 FIXANT LA LISTE DES MALADIES A  
DECLARATION OBLIGATOIRE ET LES MODALITES DE NOTIFICATION**

Le Ministre de la Santé,  
Vu la loi 85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée par la loi n° 88-15 du 3 mai 1988 relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment ses articles 53 et 54 ;  
Vu le décret Présidentiel n° 90-224 du 25 juillet 1990 modifiant et complétant le décret présidentiel n° 89-178 du 16 septembre 1989 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 90-124 du 30 avril 1990 fixant les attributions du Ministre de la Santé ;  
Vu l'arrêté n° 52 du 3 mai 1986 fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire et les modalités de notification ;  
Vu l'arrêté n° 115/ MSP/ CAB du 4 novembre 1985 portant création des services d'épidémiologie et de médecine préventive au sein des secteurs sanitaires.

**ARRETE**

**Article 1 :** En application des articles 53 et 54 de la loi 85-05 du 16 février 1985 sus-visée, le présent arrêté a pour objet de fixer la liste des maladies à déclaration obligatoire et d'en arrêter les modalités de notification.

**Article 2 :** La liste des maladies à déclaration obligatoire est annexée au présent arrêté.

**Article 3 :** En vertu de l'article 54 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 sus-visée, tout médecin, quels que soient son régime et son lieu d'exercice, est tenu, sous peine de sanctions administratives et pénales, de déclarer immédiatement toute maladie à déclaration obligatoire diagnostiquée, qu'elle soit suspectée ou confirmée.

Tout responsable de laboratoire public ou privé est tenu de déclarer les confirmations de maladies à déclaration obligatoire faites dans son laboratoire.

**Article 4 :** Les notifications des maladies à déclaration obligatoire suspectées ou confirmées sont faites sur des imprimés spécialement conçus à cet effet. Ces imprimés sont fournis par les Secteurs Sanitaires, les CHU et les Hôpitaux Spécialisés.

**Article 5 :** Exception faite pour certaines maladies, notamment l'infection HIV, qui feront l'objet de dispositions particulières précisées par circulaire du Ministère de la Santé :

Le Secteur Sanitaire territorialement compétent assure de manière régulière la collecte des déclarations de maladies suspectées ou confirmées faites par les médecins et les laboratoires du Secteur Sanitaire, des CHU et des Hôpitaux Spécialisés.

Les médecins et pharmaciens exerçant à titre privé notifient au Secteur Sanitaire territorialement compétent les cas de maladies suspectées ou confirmées. Ces déclarations sont faites le cas échéant par voie et en franchise postale.

**Article 6 :** Les modèles d'imprimés de déclaration, la périodicité, le mode d'acheminement ainsi que les destinataires des relevés sont définis par circulaire du Ministère de la Santé.

**Article 7 :** En plus des notifications sur les imprimés mentionnés à l'article 4 ci-dessus, le médecin ou le responsable du laboratoire est tenu de déclarer par les voies de communication les plus rapides (téléx, téléphone ou tout autre moyen) certaines situations épidémiologiques définies par circulaire du Ministère de la Santé.

**Article 8 :** Dans le cadre de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, l'Institut National de la Santé Publique est chargé du traitement, de l'analyse, et de la diffusion des statistiques épidémiologiques nationales.

Il est notamment tenu de transmettre à la Direction de la Prévention du Ministère de la Santé un état mensuel des déclarations des maladies et de faire paraître régulièrement un bulletin épidémiologique national.

**Article 9 :** Le Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive du Secteur Sanitaire est chargé du traitement de l'information collectée et d'assurer la mise en œuvre des mesures préventives de la lutte contre les maladies transmissibles déclarées dans le territoire du Secteur Sanitaire.

**Article 10 :** Les modalités d'application des dispositions du présent arrêté seront précisées par circulaire du Ministère de la Santé.

**Article 11 :** L'arrêté n° 52 du 03 mai 1986 est abrogé.

**Article 12 :** Monsieur le Directeur du Cabinet du Ministère de la Santé et Messieurs les Walis sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'application du présent arrêté qui sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Le Ministre de la Santé  
**H. SIDI SAID**

**ANNEXE A L'ARRETE N° 179/ MS. DU 17 NOVEMBRE 1990  
FIXANT LA LISTE DES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE  
ET LES MODALITES DE NOTIFICATION**

Choléra  
Fièvre typhoïde et paratyphoïde  
Toxi-infections alimentaires collectives  
Hépatites virales  
Diphthérie  
Tétanos  
Coqueluche  
Poliomyélite  
Rougeole  
Méningite cérébro-spinale  
Autres méningites non tuberculeuses  
Tuberculose  
Paludisme  
Leishmaniose viscérale  
Leishmaniose cutanée  
Kyste hydatique  
Rage  
Charbon  
Brucellose  
Bilharziose  
Lèpre  
Leptospirose  
Urétrite gonococcique  
Urétrite non gonococcique  
Syphilis  
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (HIV)  
Typhus exanthématique  
Autres rickettsioses (fièvre boutonneuse méditerranéenne)  
Peste  
Fièvre jaune  
Trachome

**CIRCULAIRE N° 1126 MS/ DP/ SDPG DU 17 NOVEMBRE 1990**

-----DESTINATAIRES -----

- MM. LES WALIS (CABINET) \* pour information\*  
MM. LES WALIS  
(DIRECTION DE SANTE ET DE PROTECTION SOCIALE)  
M. LE DIRECTEUR GENERAL DE L'INSP) \*Pour exécution\*  
MM. LES DIRECTEURS GENERAUX DES C.H.U. )  
MM. LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES )

**OBJET :** *Système de surveillance des maladies transmissibles.*

**REFER :** Arrêté n° 179 /MS/ CAB du 17/11/1990 fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire et les modalités de leur notification.

**I. Introduction**

La mise en œuvre du système de déclaration et de surveillance des maladies transmissibles mis en place depuis 1986 a révélé la nécessité de réajuster ce dispositif en vue de le rendre plus performant.

Il apparaît nécessaire de fondre en un seul document les nombreuses instructions existantes actuellement et d'en améliorer le contenu de façon à obtenir une information plus fiable et une surveillance plus efficace des maladies transmissibles. D'autre part, l'apparition récente de l'infection HIV impose d'énoncer rapidement les instructions nécessaires à l'intégration spécifique de cette maladie au système de déclaration et de surveillance des maladies transmissibles.

Enfin l'expérience de ces trois dernières années a montré la nécessité de définir clairement les attributions respectives dans le domaine de la déclaration et de la surveillance des maladies transmissibles des différents intervenants : INSP, Wilaya, Secteurs Sanitaires, CHU.

La liste des maladies à déclaration obligatoire fixée par l'arrêté visé en référence est jointe en Annexe I de la présente circulaire.

L'ensemble des médecins, pharmaciens et responsables de laboratoires, quels que soient leurs lieu et régime d'exercice, sont astreints à la notification des maladies à déclaration obligatoire suspectées ou confirmées.

**II Notification des maladies à déclaration obligatoire**

La déclaration est effectuée sur le modèle de formulaire joint en Annexe II.

**II. 1 Circuit des déclarations selon leur origine**

**Au niveau du CHU**

Le directeur de l'unité du CHU collecte chaque jour les relevés au niveau de son établissement. Il en adresse au fur et à mesure un exemplaire à la Direction Générale du CHU (DAPM) et un autre au Directeur du Secteur Sanitaire territorialement compétent.

En l'absence de déclaration pendant une semaine, le Directeur de l'unité du CHU adresse un état hebdomadaire avec mention néant aux mêmes destinataires que précédemment.

**Au niveau du Secteur Sanitaire**

Suivant les conditions locales, le Directeur du Secteur Sanitaire organise la collecte des notifications des maladies à déclaration obligatoire effectuées par les médecins relevant de son autorité.

La périodicité de cette collecte ne doit en aucun excéder une semaine.

En cas d'absence de déclaration de maladies pendant une semaine, un état hebdomadaire avec mention néant est établi par le responsable de la structure sanitaire et remis au Directeur du Secteur Sanitaire.

**Au niveau des structures privées**

Le médecin exerçant à titre privé adresse par voie et en franchise postales au fur et à mesure les déclarations de maladies au Directeur du Secteur Sanitaire territorialement compétent.

**II. 2 Remarques pour établir le relevé**

Selon le cas les indications suivantes doivent figurer dans la colonne observations des relevés servant à la déclaration des maladies diagnostiquées par les médecins.

Maladies à transmission hydrique et intoxications alimentaires : choléra, hépatite virale A et B, fièvre typhoïde, intoxication alimentaire : cas confirmé, cas décédé, porteur sain.

Maladies contrôlable par la vaccination : diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, méningite en cas d'épidémie. Cas confirmé, vacciné, non vacciné, vaccination indéterminée, cas décédé.

Maladies à transmission vectorielle : paludisme, leishmaniose cutanée et viscérale, typhus exanthématique, bilharziose urinaire, lèpre, peste, fièvre jaune : cas confirmé, cas décédé.

Zoonoses : kyste hydatique, rage humaine, charbon, brucellose : cas confirmé, cas décédé.

Tuberculose : cas confirmé.

Maladies à transmission sexuelle : urétrites, syphilis : cas confirmé.

Les déclarations des maladies sont traitées et exploitées par le service d'épidémiologie et de médecine préventive du Secteur Sanitaire territorialement compétent.

Après enquête épidémiologique et mise en place de mesures prophylactiques ou de lutte s'il y a lieu, ce service établit un état hebdomadaire des déclarations de maladies sur le modèle de relevé de l'Annexe III de la présente circulaire. Cet état est adressé régulièrement en un exemplaire aux destinataires suivants :

Ministère de la Santé Direction de la Prévention

Institut National de Santé Publique

Direction de Santé et de Protection Sociale de Wilaya

Le service d'Epidémiologie et de médecine préventive doit tenir un registre où figure l'ensemble des structures sanitaires situées sur le territoire du Secteur Sanitaire. Le responsable de ce service note chaque semaine sur ce registre la réception des relevés afin de suivre et d'évaluer les origines des déclarations.



Quand des cas de maladies sont originaires d'un autre Secteur sanitaire, le Directeur du Secteur Sanitaire qui en a reçu notification est tenu d'en informer immédiatement le Secteur Sanitaire intéressé.

### **III Notification des maladies par les laboratoires**

La déclaration est effectuée sur le modèle de relevé joint en annexe IV de la présente circulaire.

#### **Circuit des déclarations selon leur origine**

##### **Au niveau du CHU**

Le Directeur de l'unité de CHU collecte chaque jour les relevés établis par les responsables des laboratoires au niveau de son établissement. Il en adresse au fur et à mesure un exemplaire à la direction générale du CHU (DAPM) et un autre au Directeur du Secteur Sanitaire territorialement compétent.

En l'absence de déclaration pendant une semaine, le Directeur de l'unité adresse un état hebdomadaire avec mention néant aux mêmes destinataires que précédemment.

##### **Au niveau du Secteur Sanitaire**

Suivant les conditions locales, le Directeur du Secteur Sanitaire organise la collecte des relevés précités établis par les laboratoires relevant de son autorité.

La périodicité de cette collecte ne doit en aucun cas excéder une semaine.

En cas d'absence de confirmation pendant une semaine un état hebdomadaire avec mention néant est établi par le responsable du laboratoire et remis au Directeur du Secteur Sanitaire.

##### **Au niveau des structures privées**

Le responsable de laboratoire privé adresse par voie et en franchise au fur et à mesure un état des maladies confirmées au Directeur du Secteur Sanitaire territorialement compétent.

### **2. Traitement des relevés de maladies à déclaration obligatoire.**

Les cas confirmés des maladies à déclaration obligatoire sont récapitulés mensuellement sur le modèle de l'Annexe V de la présente circulaire.

Un exemplaire de cet état récapitulatif mensuel est adressé régulièrement aux destinataires suivants :

Ministère de la santé Direction de la prévention

Institut national de la Santé Publique

Direction de santé et de Protection Sociale de Wilaya

Le service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive du Secteur Sanitaire tient un registre où figure l'ensemble des laboratoires situés sur le territoire du Secteur Sanitaire. Le responsable de ce service note sur ce registre les relevés reçus et évalue le taux des déclarations.

#### **IV. Notifications particulières de certaines maladies à déclaration obligatoire Tuberculose**

Nonobstant les conditions selon les modalités précédentes, les cas de tuberculose continuent à être déclarés mensuellement au Ministère de la Santé – Direction de la Prévention – et à l'INSP sur le rapport actuellement utilisé et dont le modèle est joint en Annexe VI de la présente circulaire.

##### **Paludisme**

De même un état des cas positifs de paludisme devra continuer à être établi et adressé par les différents laboratoires anti-paludiques au Ministère de la Santé – Direction de la Prévention – et à l'INSP. Les éléments relatifs à l'espèce parasitaires, au lieu de résidence et à l'âge du malade seront précisés. Parallèlement à la notification, la lame de prélèvement doit être transmise pour confirmation au laboratoire de la Division du paludisme et des maladies parasitaires de l'INSP.

**Bilharziose uro-génitale** Les cas dépistés de bilharziose continueront à être déclarés suivant la procédure instituée par la circulaire n° 7/MS/ DPES/ SDPG du 13 avril 1986 relative au programme de lutte contre la bilharziose uro-génitale.

##### **Infection HIV**

Tout médecin, quand il suspecte une infection HIV ou lorsqu'il est en présence d'un cas de séropositivité établie hors du pays doit envoyer un prélèvement ou adresser le malade au laboratoire habilité à confirmer l'infection HIV, avec une lettre confidentielle pour le chef du laboratoire. Cette lettre doit contenir les renseignements figurant sur la fiche conforme au modèle de l'Annexe n° VII. 1 de la présente circulaire.

En cas de séropositivité, le laboratoire adresse le sérum positif au Laboratoire National de Référence – Institut Pasteur d'Algérie – en joignant les renseignements figurant dans la fiche conforme à l'annexe n° VII.2 de la présente circulaire.

Le laboratoire est tenu de déclarer immédiatement au Ministère de la Santé, Direction de la Prévention – les cas positifs qu'il établit. Ces déclarations sont faites sous pli confidentiel à l'aide de la fiche conforme à l'Annexe VII.3 de la présente circulaire. Les déclarations faites au Ministère de la santé – Direction de la Prévention – ne comportent pas le nom du malade mais un numéro code établi par le laboratoire.

Le laboratoire national de référence de l'IPA informe le laboratoire demandeur du résultat obtenu suite à l'examen du prélèvement envoyé, qu'il soit positif, négatif, ou douteux.

Les cas positifs qu'il confirme sont immédiatement déclarés par le laboratoire national de référence de l'IPA au Ministère de la Santé – Direction de la Prévention – et à l'INSP à l'aide du modèle de fiche de l'Annexe n° VII. 4 de la présente circulaire. Le nom du malade ne doit pas figurer dans cette fiche qui doit en revanche comporter le numéro de code initial du laboratoire demandeur et celui du laboratoire de référence.

Nonobstant ce qui précède, le laboratoire de référence de l'IPA adresse en tout état de cause au Ministère de la Santé – Direction de la Prévention – et à l'INSP l'ensemble des résultats positifs de tous les prélèvements qu'il effectue ou qu'il reçoit quelle qu'en soit l'origine.

A la réception de la confirmation d'un cas par le laboratoire national de référence, le laboratoire demandeur informe immédiatement le médecin traitant du malade en lui adressant une lettre confidentielle contenant les résultats définitifs.

#### **V. Déclaration spéciale de situations épidémiologiques**

Conformément à l'article 7 de l'arrêté n° 179 du 17/11/1990, le médecin ou le responsable de laboratoire est tenu de déclarer au Secteur Sanitaire territorialement compétent par les voies de communications les plus rapides (téléx, téléphone, ou tout autre moyen) les situations épidémiologiques suivantes :

-Apparition d'une maladie jusque là apparemment inexistante ou ayant disparu depuis plus d'une année dans le secteur sanitaire.

-Manifestation d'un processus épidémique :

-Apparition dans une commune en mois d'une semaine de 5 cas ou plus de typhoïde, hépatite virale, dysenterie, coqueluche, rougeole, brucellose, bilharziose.

-Diagnostic de 2 cas de méningite cérébro-spinale dans une commune en moins d'une semaine.

-Diagnostic d'un cas de poliomyélite, diphtérie, paludisme, choléra, charbon.

#### **VI. Rôle de l'Institut National de la Santé Publique et de la Direction de Santé et de Protection Sociale de Wilaya.**

##### **Rôle de l'Institut National de la Santé Publique**

L'institut National de la Santé Publique est chargé du traitement, de l'analyse et de la diffusion des statistiques épidémiologiques nationales.

Il est tenu de transmettre régulièrement à la Direction de la Prévention du Ministère de la Santé un état mensuel des déclarations des maladies et de faire paraître un bulletin épidémiologique national.

**Rôle de la Direction de la Santé et de Protection Sociale de Wilaya**

La Direction de la Santé et de Protection Sociale de Wilaya élabore mensuellement une situation épidémiologique de la wilaya dont elle assure la diffusion. Elle veille à la régularité des déclarations faites par les Secteurs Sanitaires. Elle coordonne et contrôle les activités de prophylaxie et de lutte au niveau de sa wilaya.

Les dispositions de la présente circulaire prennent effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1991. Sont abrogées toutes les dispositions qui lui sont contraires notamment celles des circulaires suivantes :

Circulaire n° 9 MSP/DPES/SDPG du 6 mai 1986 relative au système de surveillance des maladies transmissibles.

Circulaire n° 812 MS/DPG/SDMT du 17 mai 1982 portant informations supplémentaires sur le mode de notification et de surveillance des maladies transmissibles.

Circulaire n° 50 /MSP/DPG du 23 janvier 1985 relative à la notification des zoonoses.

Circulaire n° 5 /MSP/DPES/SDPG du 24 février 1986 relative à la surveillance de la rougeole.

Messieurs les Walis, Direction de Santé et de Protection Sociale de Wilaya,

Messieurs les Directeurs Généraux et Directeurs des CHU, des Secteurs Sanitaires et des Hôpitaux spécialisés veilleront à l'application stricte des instructions de la présente circulaire et à leur large diffusion à tous les personnels et services concernés.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

Signé : Dr A. CHAKOU

**ANNEXE I - CIRCULAIRE N° 1126 MSP/DP/SDPG...DU 17 NOVEMBRE 1990**  
**LA LISTE DES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE**

- Choléra
- Fièvre typhoïde et paratyphoïde
- Toxi-infections alimentaires collectives
- Hépatites virales
- Diphtérie
- Tétanos
- Coqueluche
- Poliomyélite
- Rougeole
- Méningite cérébro-spinale
- Autres méningites non tuberculeuses
- Tuberculose
- Paludisme
- Leishmaniose viscérale
- Leishmaniose cutanée
- Kyste hydatique
- Rage
- Charbon
- Brucellose
- Bilharziose
- Lèpre
- Leptospirose
- Urétrite gonococcique
- Urétrite non gonococcique
- Syphilis
- Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (HIV)
- Typhus exanthématique
- Autres rickettsioses (fièvre boutonneuse méditerranéenne)
- Peste
- Fièvre jaune
- Trachome

**ANNEXE II - CIRCULAIRE N° 1126 MSP/DP/SDPG DU 17 NOVEMBRE 1990**

Wilaya de..... Relevé des maladies à déclaration obligatoire  
 Secteur Sanitaire de ..... Unité Sanitaire :.....  
 CHU de..... Service :..... Date :.....  
 Hôpital Spécialisé de..... Autre.....  
 Code..... Adresse.....

N°	DATE	AGE	SEXE		ADRESSE	MALADIES	OBSERVATIONS
			M	F			

NOM ET QUALITE DU SIGNATAIRE

FAIT A.....LE.....  
Signature du Médecin

**ANNEXE III - CIRCULAIRE N° 1126 MSP/ DP/ SDPG DU 17 NOVEMBRE 1990**

WILAYA DE.....  
 SECTEUR SANITAIRE DE.....  
 CODE..... Relevé hebdomadaire des maladies à déclaration obligatoire

NATURE DE L'AFFECTION COMMUNE D'ORIGINE DU MALADE	Relevé hebdomadaire des maladies à déclaration obligatoire											

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA PREVENTION  
SOUS DIRECTION DE LA PREVENTION GENERALE

**CIRCULAIRE N° 182/ MSP/ DP/ SDPG DU 26 / 03 / 1994**

----- DESTINATAIRES -----

MESSIEURS LES DIRECTEURS DE LA SANTE  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE DES WILAYAS

-----

OBJET : - ***Système de surveillance et de notification des maladies à déclaration obligatoire  
Situation épidémiologique mensuelle de la wilaya.***

REFER : Circulaire n° 1126 /MS / DP/ SDPG du 17 novembre 1998 relative au système de surveillance des maladies transmissibles.

Le titre IV paragraphe 2 de la circulaire visée en référence prévoit la Direction de la Santé et de la Protection sociale de la Wilaya élabore un bulletin mensuel de la situation épidémiologique de la wilaya, établi sur la base des déclarations de maladies reçues.

Je vous serai obligé de vouloir bien adresser régulièrement ce document à la Direction de la Prévention, Sous Direction de la Prévention Générale.

Le Directeur de la Prévention

**Signé : Prof. A. DIF**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA PREVENTION  
SOUS DIRECTION DE LA PREVENTION  
GENERALE

**CIRCULAIRE N° 187 / MSP / DP / SDPG DU 02 AVRIL 1994**

----- DESTINATAIRES -----  
MESSIEURS LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
MESSIEURS LES DIRECTEURS GENERAUX DES C.H.U. DES EHS  
ET DIRECTEURS : - DES SECTEURS SANITAIRES \* POUR EXECUTION\*  
MESSIEURS LES DIRECTEURS GENERAUX DE :  
L'I. N. S. P \* POUR INFORMATION\*  
L'I. P. A

**OBJET : *Systeme de surveillance et de notification des maladies à déclaration obligatoire.***

**REFER :** - Arrêté n° 179/MS/ CAB du 17/11/1990 fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire et les modalités de leur déclaration.

- circulaire n° 1126/MS/DP/SDPG du 17/11/1990 relative au système de surveillance des maladies transmissibles.

La présente circulaire a pour objet de préciser les destinataires des déclarations rapides de maladies à l'occasion de l'apparition des situations épidémiologiques telles que prévues à l'article 7 de l'arrêté susvisé et décrite dans le titre V de la circulaire n° 1126 du 17/11/1990 qui le complète.

Je vous rappelle que les critères objectifs de constatation de ces situations épidémiologiques spéciales sont les suivantes :  
Apparition d'une maladie jusque-là apparemment inexistante ou ayant disparu depuis plus d'une année dans le secteur sanitaire.  
Manifestation d'un processus épidémiologique.

Apparition dans une commune en moins d'une semaine de 5 cas ou plus de typhoïde, hépatite virale, dysenterie, coqueluche, rougeole, brucellose, bilharziose.

Diagnostic de 2 cas ou plus de méningite cérébro-spinale dans une commune en moins d'une semaine.

Diagnostic d'un seul cas de poliomyélite, diphtérie, paludisme, choléra.

Dans le but d'éveiller la vigilance des responsables sanitaires, les dispositions des textes visés en référence font dans tous les cas obligation aux médecins responsables de laboratoires de procéder aux notifications des maladies par les moyens les plus rapides telles que télex et téléphone du secteur sanitaire territorialement compétent.

Je vous précise que le secteur sanitaire destinataire de cette information rapide doit lui même répercuter dans les mêmes conditions, par télex ou téléphone aux destinataires suivants :

Ministère de la Santé et de la Population  
Direction de la Prévention  
Institut National de la Santé Publique  
Direction de la Santé et de la protection Sociale de la Wilaya

Le Directeur de la Prévention  
**Signé : Prof .A. DIF**

Direction de la Prévention  
et de l'Education Sanitaire

Sous Direction de la Prévention Générale

***CIRCULAIRE N° 557 / MSP / DPES / SDPG / du 14 mai 1988***

**Objet : *Mise en place d'un dispositif de lutte contre la méningite cérébro-spinale.***

La dernière épidémie importante de méningite cérébro-spinale dans notre pays remonte à l'année 1979.

L'évolution cyclique tous les dix ans de cette maladie faisant craindre pour les prochaines années de nouvelles flambées, il est nécessaire d'actualiser et de renforcer le dispositif de surveillance et de lutte contre cette affection pour mieux réagir aux différentes situations épidémiologiques.

A cet effet, j'ai l'honneur de vous adresser trois instructions techniques élaborées par des experts nationaux, relatives au diagnostic, au traitement et à la prophylaxie des méningites purulentes en général et de la méningite cérébro-spinale (à méningocoque) en particulier.

La première instruction technique a trait au diagnostic bactériologique, aux indications techniques de la ponction lombaire et aux méthodes de conservation et d'ensemencement du liquide céphalo-rachidien.

La seconde instruction technique concerne le traitement des méningites purulentes : méningites à méningocoque, méningites à pneumocoque, méningites à hémophilus influenzae, ainsi que certaines situations particulières comme la résistance du germe aux ATB, l'allergie aux

b-lactamines et les méningites néonatales.

La troisième instruction technique traite de la surveillance épidémiologique, de la chimioprophylaxie, de la vaccination ainsi que certaines mesures prophylactiques à éviter et contient un modèle d'enquête épidémiologique.

Je vous demande d'assurer une large diffusion de ces documents auprès de tous les personnels et services concernés et de veiller à une stricte application des directives qui y sont contenues.

**FICHE TECHNIQUE \* A\***  
**DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE**

La méningite cérébro-spinale ou à méningocoque est une maladie infectieuses, contagieuse, épidémique à déclaration obligatoire dont le diagnostic repose sur la ponction lombaire, geste facile à réaliser mais qui nécessite cependant certaines précautions.

**La Ponction Lombaire :**

**I - Indications :**

Elle doit être pratiquée devant :

tout syndrome méningé aussi minime soit-il

un purpura aiguë fébrile

des troubles neuropsychiques accompagnés de fièvre

chez le nourrisson devant toute altération de l'état général avec fièvre inexpliquée, fontanelle bombante et non battantes (en dehors des

cris), une nuque molle, des troubles vasomoteurs, des troubles du comportement

d'autres indications peuvent être envisagées et laissées à l'initiative du praticien.

**II - Contre-indications :**

La ponction lombaire est contre indiquée en cas de processus expansif intracrânien :

S'assurer du fond d'œil, quoiqu'un fond d'œil normal n'élimine pas le diagnostic ;

Interroger minutieusement le malade et son entourage en précisant en particulier les modalités du début ; l'examen clinique recherchera

les signes neurologiques en foyers ;

La pratique d'un fond d'œil ne peut faire différer une ponction lombaire devant un tableau fortement évocateur d'une méningite.

**III – Prélèvements :**

**Matériel utilisé :**

Tube à essai stérile

Aiguille de PL avec mandrin

Milieux de culture constitués par : Gélose au sang cuit (G.S.C.) en tube incliné ;

De l'alcool chirurgical, de l'alcool iodé, du coton, du sparadrap ;

Coffret Slidex, méningite kit (latex sensibilisé pour : hémophilus influenzae, le pneumocoque, le méningocoque A et C).

**Technique de la ponction lombaire :**

- La PL est pratiquée au niveau de l'espace L3-L4 ou L4- L5.

La désinfection doit être soigneuse, de l'intérieur vers l'extérieur sans revenir au milieu avec de l'alcool iodé.

L'aiguille PL (stérilisé) doit être insérée dans un plan sagittal passant par le grand axe de la colonne vertébrale.

Apprécier l'aspect du LCR et noter sa pression.

Une position correcte du malade est essentielle à la réussite de la ponction lombaire. Le malade doit être en position fœtale, de

préférence couché.

**Ensemencement et examen LCR :**

Le matin sortir une série de GSC du réfrigérateur et les placer à l'étuve à 37°C ou bien à température ambiante pour éviter un refroidissement préjudiciable au germe (le méningocoque ne supportant pas les basses températures).

Au moment de la PL préparer un tube de GSC + 02 tubes à essai stériles ;

Laisser tomber 10 gouttes de LCR dans le GSC et une quinzaine de gouttes dans un tube à essai stérile et 10 gouttes dans l'autre ;

Prendre soin de bien imprégner la gélose et de ne pas visser complètement le tube ;

Le premier tube à essai servira à l'examen cytologique et chimique ;

Le second tube servira à pratiquer l'examen direct et à rechercher les antigènes solubles par l'agglutination des particules de latex sensibles.

Cette technique permet un diagnostic rapide qu'il faut confronter avec les données cliniques vu le caractère non absolu du résultat.

Une réaction est retenue positive quand elle se produit avec un latex sensibilisé pour un germe et quand elle est immédiate.

La culture du LCR reste l'examen fondamental.

Les prélèvements sont transmis rapidement au laboratoire en prenant soin de maintenir les GSC à 37°C.

L'agglutination des particules de latex sensibilisées se fait aussi au laboratoire, elle nécessite le chauffage du LCR (voir fiche contenue dans le coffret).

Tout LCR soustrait doit être ensemencé sur GSC (purulent, clair ou même hémorragique).

**L'aspect purulent du LCR commande la mise en route du traitement.**

Si une étiologie tuberculeuse est suspectée, ensemercer aussi sur milieu de Lowenstein.

**Fiche de renseignements :**

Doit absolument accompagner les prélèvements.

Elle comportera :

L'identité du malade :

Nom :

Prénom

Age :

Adresse exacte :

Lieu d'hospitalisation :

Interrogatoire :

Notion de contagé

Notion de traumatisme crânien même ancien

Autres :

Durée d'évolution avant l'hospitalisation exprimée en nombre d'heures ou de jours.

Préciser si le malade a reçu avant la PL des antibiotiques franchissant la barrière méningée tels que : Pénicilline, Amoxicilline, Chloramphénicol, Sulfamides, Cotrimoxazol.

N.B : Les géloses au sang cuit sur tubes inclinés peuvent être commandées à l'Institut Pasteur d'Alger.

Toutes les souches isolées doivent être envoyées sur SGC enveloppées dans du coton cardé au laboratoire de bactériologie médicale – Service de Bactériologie – Institut Pasteur d'Alger.

TRAITEMENT DES MENINGITES PURULENTES

Dès l'entrée : Ampicilline 300 mg/ kg / jour (nourrissons et enfants)  
200 mg/ kg / jour (adultes) en IVD à raison de 04 injections dans la tubulure de la perfusion.

Dès que le germe est identifié et testé (antibiogramme) ou si forte présomption ajuster selon le schéma suivant.

**Méningite à méningocoque :**

Signes d'orientation (inconstants) :

contexte épidémique

purpura – herpes – arthralgies – splénomégalie - rash

Maintenir l'ampicilline, secondairement dès 7° - 8° jour la perfusion peut être arrêtée et l'ampicilline est administrée par voie IM.

Durée moyenne 12 jours.

**Méningites à pneumocoques :**

Signes d'orientation (inconstants)

otite – otomastoidite – pneumonie

traumatisme crânien (récidive méningée)

Maintenir l'ampicilline, secondairement (autour du 10<sup>ème</sup> jour) la perfusion peut être arrêtée et l'ampicilline administrée par voie IM.

Durée moyenne : 21 jours.

**Méningites à hémophilus influenzae :**

Signes d'orientation : début insidieux.

1-sensible à l'ampicilline : Maintenir cet antibiotique, secondairement (autour du 10<sup>ème</sup> jour) la perfusion peut être arrêtée et l'ampicilline est administrée par voie IM.

2-Résistance à l'ampicilline : Prescrire l'hémisuccinate de chloramphénicol (solnicol) à raison de 75 mg / kg / jour chez l'enfant, 100 mg / kg / jour chez le nourrisson en IVD à raison de 06 injections par jour dans la tubulure de la perfusion.

Secondairement le relais peut être pris par le chloramphénicol per os.

Durée moyenne : 21 jours.

Au cours de ces méningites purulentes.

**Remarques :** dès que la ponction lombaire redevient strictement normale ou s'il y a moins de 30 éléments lymphocytaires par mm<sup>3</sup> et si l'albuminorachie est inférieure ou égale à 0,30 g/l, le malade est considéré comme guéri et le traitement est arrêté.

Pour tous les autres germes seul l'antibiotique pourra guider le traitement.

**Situations particulières :**

En cas d'allergies aux bêta-lactamines :

Hémisuccinate et chloramphénicol (solnicol)

100 mg / kg / jour IVD chez le nourrisson

75 mg / kg / jour IVD chez l'enfant

50 mg / kg / jour IVD chez l'adulte

En cas de méningite néo-natale :

Dès l'entrée : Ampicilline 300 mg / kg / jour IVD

Gentamicine 5 mg / kg / jour IM (en deux injections)

Adapter rapidement l'antibiothérapie seul l'antibiogramme peut servir de guide.

**PROPHYLAXIE DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE****La surveillance épidémiologique :**

La surveillance épidémiologique repose avant tout sur :

la déclaration obligatoire de tout cas de méningite cérébro-spinale conformément à la circulaire n° 009 du 06 mai 1986 relative au système de surveillance des maladies transmissibles.

Outre les modalités de notification contenues dans cette circulaire et qui restent valables et compte tenu du contexte épidémiologique particulier de cette maladie, il est demandé au service de Santé des Wilayas d'informer par télex ou téléphone la Direction de la Prévention et de l'Education Sanitaire chaque fois que (02) deux cas ou plus de méningite cérébro-spinale sont diagnostiqués au niveau d'un Secteur Sanitaire en moins d'une semaine en précisant pour chaque cas les indications suivantes : date de diagnostic, âge, sexe, adresse en indiquant la Commune et la Daïra, diagnostic étiologique si possible.

L'enquête épidémiologique pour chaque cas de méningite purulente déclarée (selon modèle ci-joint).

La surveillance médicale des sujets qui ont été en contact avec le malade afin de dépister précocement une éventuelle méningite cérébro-spinale.

Il est recommandé d'appliquer une antibioprofylaxie par administration de Pénicilline aux personnes qui ont été en contact proche et répété avec le malade, c'est-à-dire dans la majorité des cas :

Aux personnes vivant au foyer du malade.

A la classe fréquentée par le malade.

Aux pensionnaires de l'internat du lycée.

Casernes militaires.

L'appréciation d'une situation de risque épidémique se fera sur la base de 02 cas ou plus de méningites cérébro-spinales notifiées par semaine.

**L'antibioprofylaxie :**

Il sera fait appel aux pénicillines retard, Biclinocilline chez l'enfant de moins de 3 ans. Il est rappelé que l'Extencilline doit être évité chez l'enfant de moins de 3 ans.

Tableau de concordance de l'antibioprofylaxie :

Age	Produit utilisé	Dose Totale	Voie d'Administration
Moins de 1 an (10 kg)	Biclinocilline	500.000 U	1 injection IM
1 an à 3ans ( 10 kg)	Biclinocilline	1.000.000 Ux2	2 injections IM à 48 heures d'intervalle
3 ans à 6 ans	Extencilline	600.000 U	1 injection Im
+ de 6 ans	Extencilline	1.200.000 U	1 injection IM

En cas de contre-indication absolue à la pénicilline (allergie reconnue), il sera fait appel à la spiramycine aux doses suivantes :

Nourrissons de moins de 3 ans : Spiramycine sirop : 50 mg/ kg/ jour en 03 prises quotidiennes pendant 05 jours.

Enfant de plus de 3 ans : Spiramycine gélules : 2 gr/ jour en 02 prises quotidiennes pendant 05 jours.

**La vaccination antiméningococcique :**

L'opportunité de la vaccination antiméningococcique par le vaccin polysaccharidique A + C et la stratégie vaccinale à adopter est du ressort exclusif de l'autorité centrale (Ministère de la Santé Publique).

**Les mesures prophylactiques inutiles ou dangereuses :**

Le méningocoque est un germe fragile, vivant très peu de temps en dehors de l'organisme.

Le malade traité n'est pas contagieux.

L'éviction scolaire des frères et sœurs d'un malade et des parents quand ils sont membres de l'enseignement est sans objet.

La fermeture des établissements scolaires est inutile (au contraire, la présence des enfants à l'école permettra une surveillance plus facile de ce groupe d'âge particulièrement menacé.

La désinfection des locaux scolaires éventuellement fréquentés par le malade est inutile.

La désinfection des locaux d'habitation du malade est inutile.

La désinfection des objets ayant servi au malade est inutile.

La recherche des porteurs de germes dans l'entourage du malade en vue de leur stérilisation est illusoire, sans intérêt et dangereuse.

Dans une collectivité fermée où sont apparus des cas de méningite, il est formellement contre-indiqué d'admettre des sujets neufs donc réceptifs (recrues, nouveaux élèves,....).



**MODELE D'ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE**

**MENINGITE PURULENTE**

Nom.....Prénom.....Age.....Sexe.....

Adresse.....Commune.....Daïra.....Wilaya.....

Renseignements cliniques :

Date de début de la maladie.....

Date et lieu d'hospitalisation.....

Nom et adresse du médecin déclarant.....

Le malade provient t'il d'une collectivité ?  
 \*Crèche.....  
 \* Internat.....  
 \* Caserne.....  
 \* Ecole.....  
 \*Autres.....

Signes cliniques de la maladie :

Céphalées.....

Vomissements.....

Fièvre.....

Autres à préciser :.....

Antécédents pathologiques :

Personnels

Familiaux

S'agit-il d'une suspicion ? OUI NON

Si confirmation, quel est le germe de la maladie ?

Méningocoque Pneumocoque  
 Hémophilus Autres germes à préciser.....

Le malade a t'il eu un contact avec un sujet atteint de méningite cérébro-spinale (notion de contagé) ? OUI NON

Si OUI : Nom, Prénom et Adresse du malade.....

Le malade a t'il reçu le vaccin anti-méningococcique (A+C) ? OUI NON

Date de la vaccination anti-méningococcique (A+C) .....

Evolution de la maladie :

Sous traitement \* Guérison  
 Séquelles\*\* Décès

\* Prendre contact avec le service où est hospitalisé le malade, ou bien le laboratoire vers lequel le prélèvement (LCR) a été acheminé.

\*\* Préciser le type de séquelles.

**2. Niveau socio-économique de la famille :**

Profession de père

Profession de la mère

Nombre de frères et sœurs

Autres personnes à charge, nombre

Type de logement : 1. Individuel  
 2. collectif

Nature du logement : 1. Villa  
 2. Maison traditionnelle (haouch)  
 3. Bâtiment  
 4. Logement précaire

Nombre de pièce dans le logement :

3. Conduite à tenir :

- Chimio prophylaxie prodiguée : OUI NON  
 si NON pourquoi :  
 si OUI, Liste des sujets contacts :

N°	Nom et Prénom	Age	Adresse

Date de l'enquête :

Nom et qualité de l'enquêteur :

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA PREVENTION  
SOUS-DIRECTION DES PROGRAMMES DE LA SANTE

**CIRCULAIRE N° 575 MSP/DP/SDPS DU 16 DEC 2000**

Destinataires :

MM LES WALIS – CABINET -	POUR INFORMATION
MM LES DSP	POUR EXECUTION
MM LES DIRECTEURS DES CHU ET EHS	POUR EXECUTION
MM LES DIRECTEURS DE L'INSP ET L'IPA	POUR EXECUTION

**Objet : Dispositif de lutte contre la Méningite Cérébro-Spinale**

Référence : - Circulaire n° 557 MSP/DPES/SDPG du 14 mai 1988 relative à la mise en place d'un dispositif de lutte contre la méningite cérébro-spinale

- Circulaire n° 001 MSP/DPES/SDPG du 16 janvier 1989.
- Instruction ministérielle n° 193 MSP/DP/SDPG du 23 mars 1998.

La dernière épidémie importante cérébro-spinale dans notre pays remonte à l'année 1989.

L'évolution cyclique tous les 10 ans de cette maladie faisant craindre pour ces années de nouvelles flambées, il est nécessaire d'actualiser et renforcer le système de surveillance et de lutte contre cette affection afin de mieux réagir aux différentes situations épidémiologiques.

A cet effet, j'ai l'honneur de vous informer que le groupe d'experts nationaux de lutte contre la méningite cérébro-spinale a décidé et cela après un séminaire de consensus national, de modifier et de compléter certaines instructions contenues dans les circulaires citées en références.

Ces correctifs ou compléments portent sur le diagnostic clinique et bactériologie, le traitement curatif et prophylactique, ainsi qu'à la surveillance épidémiologique.

A cet effet, trois instructions techniques, relatives au diagnostic, au traitement et à prophylaxies des méningites purulentes en général et de la méningite cérébro-spinale en particulier ont été élaborées.

La première instruction technique à trait au diagnostic clinique, bactériologique, aux indications techniques de la ponction lombaire et aux méthodes d'ensemencement du liquide céphalo-rachidien.

La seconde instruction technique concerne le traitement des méningites purulentes :

Méningites à méningocoques,  
Méningites à pneumocoques,  
Méningites à hémophilus influenzae,  
Certaines situations particulières.

La troisième instruction technique concerne la surveillance épidémiologique des méningites purulentes en général et de la méningite cérébro-spinale en particulier, la chimioprophylaxie ainsi que la vaccination.

## FICHE TECHNIQUE A

La méningite à méningocoque ou méningite cérébro-spinale est une maladie infectieuse et contagieuse, seule méningite bactérienne à expression épidémique, posant un problème de santé publique.

C'est une urgence médicale, car si elle n'est pas rapidement et correctement prise en charge, l'affection peut laisser des séquelles neuro-sensorielles graves.

Les méningites purulentes sévissent à l'état endémo-épidémique dans toutes les régions du pays. Elles sont la cause de nombreux décès particulièrement chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Le diagnostic repose sur un simple geste, facile à réaliser : la ponction lombaire

### **1- INDICATIONS :** Doit être pratiquée :

Chez le nourrisson et le petit enfant devant tout syndrome infectieux inexpliqué.

Chez le sujet âgé devant tout trouble psychique dans un contexte fébrile aigu.

COMPTE TENU DE L'URGENCE ET DE LA GRAVITE DES MENINGITES BACTERIENNES PURULENTES, LA PRATIQUE DU FOND D'ŒIL NE DOIT PAS ETRE UN PREALABLE ABSOLU.

### **2- PRELEVEMENTS :**

Doit être pratiqué dans des conditions rigoureuses d'asepsie.

Le liquide céphalo-rachidien est ensemené (5 gouttes au lit du malade directement dans un tube de gélose au sang cuit).

Un volume de 2 cc de liquide céphalo-rachidien est recueilli dans deux tubes :

Le premier tube permettra de procéder à la numération cellulaire, à l'examen direct des antigènes solubles et à la culture bactérienne.

Le deuxième tube servira à l'étude biochimique : glychorachie et protéinorachie.

- Une Hémoculture devra être faite :

1-5 cc de sang en microculture chez l'enfant.

10 cc de sang par flacon chez l'adulte.

- Le tube de GSC et le flacon d'hémoculture seront incubés 24 à 48 heures à 37°C.

### **RECOMMANDATIONS POUR LE RECUEIL ET LE TRANSPORT DU LCR.**

1. Remplir avec précision la fiche de renseignements selon le modèle ci-après :

N° d'enregistrement ..... date d'enregistrement.....  
Nature du prélèvement.....  
Nom du malade ..... Prénom.....  
Age ..... Sexe.....  
Service d'hospitalisation..... Médecin Traitant.....  
Adresse .....  
Renseignements cliniques ou diagnostic .....  
Traitement antibiotique reçu : Non..... Oui.....  
Si oui lequel :.....  
Date de la dernière prise .....

2- Tubes stériles fournis de préférence par le laboratoire. Etiqueter soigneusement les tubes avant le prélèvement.

3- Gélose au sang cuit inclinée si nécessaire (absence de service de garde ou éloignement) remise à température ambiante ou encore un milieu de transport préconisé par L'OMS fournis par le laboratoire.

4- Asepsie rigoureuse du prélèvement

5- Prélèvement fait avant toute antibiothérapie.

6- Volume de LCR à prélever : 2 ml dans un tube stérile pour la bactériologie et une quantité suffisante dans un deuxième tube la biochimie.

7- Aspect macroscopique noté par le médecin traitant sur la fiche.

8- Eviter de réaliser une PL hémorragique qui fausse la numération cellulaire.

9- Faire une hémoculture sur Castaneda à raison de 1 à 5cc de sang, en microculture pour l'enfant et de 5 à 10cc pour l'adulte.

10- Transport immédiat du prélèvement au laboratoire et en cas d'examen différé, conserver les prélèvements à température ambiante.

11- Un résultat cyto bactériologique d'orientation sera remis dans l'heure qui suit.

12- Mise en culture systématique de toute PL, quel que soit le résultat de la numération cellulaire.

## **FICHE TECHNIQUE B**

I- Indications de l'antibiothérapie des méningites purulentes :

Plusieurs cas sont à individualiser :

- Examen direct et / ou antigène soluble positif :

\* Cocci gram négatif = N. méningitidis

Antibiotique :

De 1° intention : Ampicilline

De 2° intention : Amoxicilline

De 3° intention : Pénicilline G

De 4° intention : Chloramphénicol (en cas d'allergie)

\* Cocci gram positif = Streptococcus pneumoniae

Méningite sans signes de gravité

1° intention : Amoxicilline d'emblée

2° intention : Ampicilline

Méningite avec signes de gravité. Outre les mesures de réanimation,

1° intention : Cefotaxim ou Ceftriaxone

2° intention : Chloramphénicol (en cas d'allergie)

3° intention : Ampicilline

4° intention : Rifampicine / Vancomycine (selon antibiogramme).

\* Bacille gram négatif = Hémophilus influenzae

1° intention : Cefotaxim ou Ceftriaxone

2° intention : Chloramphénicol

3° intention : Amoxicilline

- Examen direct négatif – antigènes négatifs – pas de signes d'orientation.

\* Chez l'enfant de plus de 3 mois et de moins de 5 ans = H. Influenzae probable :

1° intention : Cefotaxim ou Ceftriaxone

2° intention : Chloramphénicol

3° intention : Amoxicilline

\* Chez l'enfant de plus de 5 ans = S. Pneumoniae

1° intention : Amoxicilline

2° intention : Cefotaxim ou Ceftriaxone

II- Durée du traitement :

Méningite à N. méningitidis : 8 à 10 jours avec PL à J1 et à J3

Méningite à S. Pneumoniae : 15 à 21 jours avec PL à J1 à J3 et à J15

Méningite à H. Influenzae : 21 jours avec PL à J1, J3 et à J20

Méningite à germes indéterminés : traitement de 10 à 15 jours avec PL à J1, J3 et J8

Si à J8 la PL est normale : arrêt du traitement.

Si à J8 la PL, perturbée : maintien du traitement.

III- Critères de guérison :

Retour de la température à la normale

Absence de syndrome méningé

Examen neuro-sensoriel normal.

IV – Situations particulières :

### **1- Méningococcémie :**

Le traitement est fonction de l'état clinique.

\* Si tension artérielle normale : antibiothérapie par voie intraveineuse + surveillance de la température, le pouls, de la tension artérielle et de la diurèse.

\* Si tension artérielle basse : antibiothérapie + hémisuccinate d'hydrocortisone + plasmagel et surveillance des constantes biologiques et cliniques.

\* Si état de choc mise en condition + antibiothérapie + hémisuccinate d'hydrocortisone + plasmagel + réanimation médicale et héparinothérapie le cas échéant.

### **2- Méningite avec coma :**

Après la ponction lombaire, intubation, antibiothérapie par voie intraveineuse, HHC, surveillance de la tension artérielle, pouls, températures, respiration et réanimation médicale.

### **3- Autres complications :**

Hydrocéphalie, ventriculite, hématome sous-dural : La pratique du fond d'œil, de l'échographie transfontanelle chez le nourrisson et de la tomographie axiale devrait les dépister précocement. Un traitement adapté rapidement institué devrait réduire considérablement la fréquence de ces complications et de leurs séquelles.

### **4- Traitement de la porte d'entrée :**

La mise en évidence d'une brèche ostéo-méningée nécessitera la mise sous traitement antibioprophylectique en attente d'une intervention neurochirurgicale destinée à obstruer la porte d'entrée.

Une infection ORL associée à une méningite purulente sera confiée au spécialiste pour une cure radicale de la porte d'entrée

## **FICHE TECHNIQUE C**

I- La surveillance épidémiologique :

Maladie à déclaration, la méningite à méningocoque peut être à l'origine d'importantes épidémies qui doivent non seulement être détectée ai également être contrôlée. L'identification du début d'une épidémie nécessite un système de surveillance performant.

La surveillance épidémiologique repose surtout sur :

La déclaration obligatoire de tout cas de méningite conformément à la circulaire n° 009 du 06 mai 1986, relative au système de surveillance des maladies transmissibles.

Outre les modalités de notification contenues dans cette circulaire et transmises aux DSP en Août 1998 par fax et compte tenu aux services de santé de wilaya d'informer par télex ou téléphone la direction de la prévention chaque fois que :

-Existence d'un cas de méningite cérébro-spinale si zéro cas était enregistré auparavant.

-Existence d'un doublement de l'apparition des cas sur trois semaines consécutives.

En précisant pour chaque cas les indications suivantes :

Date de diagnostic, nom et prénom, âge, sexe, adresse (en indiquant la commune et Daïra) et l'évolution.

Les déclarations doivent être journalières avec et toujours nécessité de déclaration du « Zéro cas » hebdomadaire en période inter épidémique et quotidien en période épidémique.

L'enquête épidémiologique se fera autour de chaque cas de méningite purulente déclaré selon modèle ci-joint.

II- CHIMIOPROPHYLAXIE :

Il est recommandé d'appliquer une antibioprophyllaxie à toutes les personnes en contact du malade, c'est à dire dans la majorité des cas :

Tout sujet vivant au domicile du malade ou ayant dormi dans la même pièce, institution ou baraquement dans les dix jours qui ont précédé l'hospitalisation de celui ci.

Tout sujet ne vivant pas au domicile du malade, mais ayant des contacts proches et répétés avec le cas dans les dix jours précédant l'hospitalisation de celui ci

Le but de la chimioprophyllaxie est d'éliminer le portage sain nasopharyngé et par conséquent de réduire le risque de maladie.

Elle se fera à base de SPIRAMYCINE à la dose de :

- 75.000 UI/KG deux fois par jour pendant cinq jours pour l'enfant.

- 3 millions UI deux fois par jour pendant cinq jours pour l'adulte.

III- VACCINATION :

Son but est d'arrêter la transmission de la maladie et est capable d'arrêter l'épidémie dans les deux semaines qui suivent sa survenue.

\* Indications : - Collectivités fermées telles que casernes, prisons internats, écoles et crèches. - Oasis du grand sud.

Cette vaccination doit être entreprise dès qu'un cas de méningite à méningocoque est suspecté.

Dès le début de l'épidémie le personnel de santé du secteur sanitaire doit être vacciné au même titre que la population soumise au risque soit la population de la tranche d'âge allant de 06 mois à 20 ans.

IV- MESURES PREVENTIVES INUTILES :

L'isolement des malades n'est pas nécessaire.

La fermeture des écoles et des collectivités fermées n'est pas recommandée. Mieux vaut vacciner l'ensemble de l'établissement.

La chimioprophyllaxie de masse est déconseillée.

La vaccination systématique des enfants n'est pas recommandée, même dans les Zones ou le risque épidémique est important.

La vaccination des voyageurs en provenance de zones épidémiques n'est pas justifiée.

**MODELE DE FICHE D'ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE**

**INVESTIGATIONS AUTOUR D'UN CAS DE MENINGITE A MENINGOCOQUE**

Nom .....Prénom .....Age .....Sexe .....

Adresse .....Commune .....Wilaya .....

Renseignements cliniques :

Lieu d'Hospitalisation :..... Date .....

Médecin déclarant :.....Date de début de la maladie :.....

Signes cliniques : céphalées  vomissements  fièvre  autres (à préciser).....

Antécédents pathologiques :

Familiaux :.....

Personnels :.....

Confirmation bactériologique : oui  non

Si oui, type de germe .....

Evolution de maladie :.....

Guérison  Décès  Séquelles  Préciser type .....

Renseignements épidémiologiques :

Le malade provient-il d'une collectivité : oui  non

Si oui, préciser le type .....

Adresse .....

Contact avec un malade atteint de méningite à méningocoque : oui  non

Si oui, Nom ..... Prénom .....

Age.....Adresse.....

Renseignements sociaux : Profession du père .....

Nombre de frères et sœurs .....

Type de logement : Individuel  collectif

Nature de l'habitat : Maison individuelle  Maison traditionnelle (Haouch)

Appartement dans immeuble  Logement précaire autre .....

Nombre de personnes dans l'habitation .....Nombre par pièce .....

Chimioprophylaxie instituée : oui  non

Si oui, nature .....dose .....durée.....

Nombre de sujets contacts sous chimioprophylaxie .....

Si non : raisons .....

Vaccination contre la méningite : oui  non

Date de l'enquête :.....

Nom de l'enquêteur :.....

Signature :.....

## CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS DE MENINGITE PURULENTE DANS UNE COLECTIVITE FERMEE

### I – INTRODUCTION

La méningite cérébro-spinale occupe la première parmi les méningites bactériennes purulentes. C'est une maladie à déclaration obligatoire, elle sévit à l'état endémo-épidémique en Algérie avec des flambées épidémiques tous les 8 à 10 ans.

Seule méningite bactérienne qui soit épidémique, elle se manifeste de façon importante, posant un vrai problème de santé publique.

C'est une urgence médicale, car si elle n'est pas rapidement et correctement prise en charge, l'affection peut être pourvoyeuse de séquelles et de décès surtout chez les nourrissons et jeunes enfants.

### II- DIAGNOSTIC CLINIQUES :

#### a. Définition :

Une méningite bactérienne se définit comme l'association aiguë d'un syndrome méningé avec un état infectieux et des anomalies du liquide céphalo-rachidien.

Une indication assez large de la ponction lombaire (PL) est recommandée chez le nourrisson et le petit enfant devant tout syndrome infectieux inexpliqué.

Chez le sujet âgé des troubles psychiques dans un contexte fébrile aigu, imposent la pratique de la PL.

COMPTE TENU DE L'URGENCE ET DE LA GRAVITE DES MENINGITES BACTERIENNES PURULENTES, LA PRATIQUE DU FOND D'ŒIL NE DOIT PAS ETRE UN PREALABLE ABSOLU A LA PONCTION LOMBAIRE

#### b- Eléments d'orientation étiologique :

Seuls les examens bactériologiques peuvent affirmer l'étiologie d'une méningite bactérienne. Toutefois, ils peuvent demander plusieurs jours. Des éléments cliniques et épidémiologiques gardent toute leur importance dans l'orientation étiologique.

\* Cas similaire dans l'entourage + notion de purpura, arthrite, rash.....= Méningocoque.

\* Troubles neurologiques d'apparition brutale + notion de récurrence + porte d'entrée ORL + antécédent de traumatisme crânien = Pneumocoque.

\* Base âge (inférieur à 5 ans) + syndrome d'allure grippale d'évolution traînante = *Hémophilus Influenzae*.

### III- CONDUITE A TENIR

Tout cas de suspicion ou de méningite confirmée, diagnostiqué dans une structure de santé doit être admis en milieu hospitalier pour traitement.

Tout cas de méningite bactérienne purulente doit être déclaré au SEMEP territorialement compétent qui le déclarera à son tour à la DSP de sa wilaya afin qu'elle le déclare à la direction de la prévention du ministère de la santé et de la population et à l'institut national de santé publique, et ceci de façon quotidienne.

La confirmation bactériologique de chaque cas de méningite bactérienne purulente doit être également déclarée aux institutions sus-citées.

Les souches doivent être envoyées à l'institut Pasteur d'Algérie.

Une enquête épidémiologique est faite autour de chaque cas de méningite purulente.

#### PROTECTION DES PERSONNES RECEPTIVES :

##### A – CHIMIOPROPHYLAXIE :

Le but de la chimioprophylaxie est d'éliminer le portage sain nasopharyngé et par conséquent de réduire le risque de maladie.

Il est recommandé d'appliquer une antibioprophyllaxie à toutes les personnes contact du malade, c'est à dire dans la majorité des cas :

Tout sujet vivant au domicile du malade ou ayant dormi dans la même pièce, institution ou baraquement dans les dix jours qui ont précédé l'hospitalisation de celui-ci = famille

Tout sujet ne vivant pas au domicile du malade, mais ayant des contacts proches et répétés avec le cas dans les dix jours précédant l'hospitalisation de celui-ci = classe, chalet, cellule.

Elle se fera à base de SPIRAMYCINE à la dose de :

- 75.000 UI/KG deux fois par jour pendant cinq jours pour l'enfant.

- 3 millions UI deux fois par jour pendant cinq jours pour l'adulte

##### B- VACCINATION :

Son but est d'arrêter la transmission de la maladie et est capable d'arrêter l'épidémie dans les deux semaines qui suivent sa survenue.

\* Indications :

- Collectivités fermées telles que casernes, établissements de rééducation, internats, établissements scolaires et de formation professionnelle, crèches, jardins d'enfants ..... Oasis du grand sud. (Ksour .....)

- Bidonvilles, haouch, baraquement, camp de toile, centre de vacances.....

- Milieu professionnel impliquant des contacts proches et répétés avec la ou les personnes (s) atteinte (s).

Elle doit être entreprise dès qu'un cas de méningite à méningocoque est suspecté.

La vaccination du personnel médical et para médical exerçant dans les laboratoires est recommandée.

La vaccination de toute nouvelle recrue de service national est recommandée.

La prise de ces mesures dans les meilleurs délais est impérative afin d'éviter l'apparition d'une épidémie autour des cas déclarés.

Une importance particulière est accordée à leur mise en œuvre et à l'évaluation de leur impact qui devra faire l'objet d'un rapport circonstancié à la direction de la prévention. Ministère de la santé et de la population, qui sera tenue informée de toute difficulté rencontrée dans leur application.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**DIRECTION DE LA PREVENTION**

**CIRCULAIRE N° 342 MSP/DP/SDPG. DU 06/06/1994**

**DESTINATAIRES :**

Messieurs les DSPS	pour exécution
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires	pour exécution
Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	pour exécution
Messieurs les Directeurs des EHS	pour exécution

**Objet : Conduite à tenir devant l'apparition des cas sporadiques ou d'épidémies de typhoïde.**

REF : Circulaire n° 2099 /MSP/DPES/SDPG du 27. 11. 1984  
Circulaire n° 586 /MSP/ DP du 25. 07. 1992

Devant la recrudescence des cas de fièvre Typhoïde, j'ai l'honneur de vous rappeler les dispositions impératives à prendre devant l'apparition des cas sporadiques ou d'épidémies de Fièvre Typhoïde.

1. Toute apparition d'un cas de fièvre typhoïde doit donner lieu à une enquête épidémiologique qui a pour objectif l'identification de la source de la contamination et le dépistage des porteurs sains.
2. La source de contamination identifiée (Source, puits, réservoir, eaux usées...etc....) devra être traitée, aménagée ou supprimée selon les cas. Cette action doit se faire en liaison avec tous les services concernés.
3. Des coprocultures doivent être systématiquement pratiquées dans l'entourage du malade. Elles permettront de dépister les porteurs sains ces derniers sont soumis à la déclaration obligatoire (circulaire n° 1126 du 17 novembre 1990)
4. dès lors que l'enquête épidémiologique montre que le malade a été contaminé dans un autre secteur il faudra alors immédiatement aviser le secteur sanitaire et la Direction de la Santé et de la Protection Sociale d'origine.
5. tous les cas de fièvre typhoïde doivent être hospitalisés et traités. La négatation des coprocultures est indispensable avant la sortie du malade
6. Le diagnostic de confirmation repose sur les examens bactériologique suivants qui doivent être pratiqués avant toute thérapeutique : les hémocultures (au nombre de trois) avec coproculture, le sérodiagnostic de Vidal doit être pratiqué à partir du 12<sup>ème</sup> jour de la maladie même si le malade est sous traitement.
7. L'antibiotique de choix préconisé (sauf contre-indication) est le Chloramphénicol à la dose de 50mg par kilogramme par jour sans dépasser 1,5 gramme par jour chez l'adulte, répartie en 4 prises, les doses doivent être progressivement croissantes. Sa durée est de vingt et un (21) jours sous surveillance hebdomadaire de la numération formule sanguine.

En cas de contre-indication du chloramphénicol, utiliser l'amoxicilline ou à défaut l'ampicilline à la dose de 100 mg par kilogramme par jour chez l'enfant et 6 grammes par jour chez l'adulte suivant les mêmes modalités que le Chloramphénicol (doses progressivement croissantes réparties en quatre (4) prises.

8. Les porteurs sains doivent être hospitalisés et mis en observations jusqu'à négatation de la coproculture dans la mesure du possible et ils ne doivent en aucun cas être traités.
9. Aucune antibioprophyllaxie ne doit être pratiquée à titre externe. La prévention repose sur l'amélioration des conditions d'hygiène du milieu et notamment l'approvisionnement de la population par une eau contrôlée et traitée et par l'évacuation hygiénique des eaux usées. L'usage du vaccin TAB (inactivé parentéral) dans ce cas n'est pas recommandé du fait et qu'il donne un faux sentiment de sécurité, et qu'il n'empêche pas la propagation de l'épidémie.

Le Directeur de la Prévention

**Signé Pr A. DIF**



**CIRCULAIRE N° 362/MSP/DP/SDRSE DU 29 AVRIL 1997**

**DESTINATAIRES :**

- Messieurs les DSPS	TOUS	Pour exécution
- Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires	TOUS	Pour exécution
- Messieurs les Directeurs Généraux des CHU	TOUS	Pour exécution
- Messieurs les Directeurs Hospitaliers spécialisés	TOUS	Pour exécution

**OBJET :** *Conduite à tenir devant l'apparition de cas sporadiques ou d'épidémie de Fièvre typhoïde.*

**REF :** Circulaire n° 2099/MSP/DPES/SDPG du 27/11/1984.

Devant la persistance de la situation endémique de fièvre typhoïde dans le pays, j'ai l'honneur de vous rappeler les dispositions impératives à prendre devant l'apparition de cas sporadiques ou d'épidémie de fièvre typhoïde.

- 1) - Toute apparition d'un cas de fièvre de typhoïde doit donner lieu à une enquête épidémiologique. Celle-ci aura objectif l'identification de la source de contamination.
- 2) - La source de contamination ainsi découverte (source, puits, réservoir, eaux usées etc...) devra être traitée, aménagée ou supprimée selon le cas. Cette action doit se faire en liaison avec les services de l'A.P.C. et / ou de l'hydraulique.
- 3) - Lorsque l'enquête épidémiologique démontre que le malade a été contaminé dans un autre secteur sanitaire celui-ci et la direction de la santé et de la protection sociale de la wilaya dont il dépend doivent être immédiatement avisés.
- 4) - Des coprocultures doivent être systématiquement pratiquées chez le malade et tout son entourage. Les coprocultures pratiquées dans l'entourage du malade permettront de dépister les porteurs sains. Ces derniers sont soumis à la déclaration obligatoire (circulaire n° 1126 du 17 novembre 1990).
- 5) - Le diagnostic de confirmation repose sur les examens bactériologiques suivants qui doivent être pratiqués avant toute thérapeutique :
  - Hémocultures (au nombre de 3) et coprocultures.
  - Le sérodiagnostic de Widal (SDW) doit être pratiqué à partir du 12<sup>ème</sup> jour de la maladie même si le malade est sous traitement.
- 6) - Tous les cas de fièvre typhoïde doivent être hospitalisés et traités jusqu'à négativation.
- 7) - L'antibiotique à utiliser sauf contre-indication est le chloramphénicol à la dose de 50 mg/Kg/jour sans dépasser 1.5g/jour chez l'adulte répartie en 4 prises. Les doses doivent être progressivement croissantes.  
La durée du traitement est de 21 jours sous surveillance hebdomadaire de la FNS.  
En cas de contre – indication au chloramphénicol (leuconéutropénie inférieure à 3000globules blancs /mm<sup>3</sup>), utiliser l'amoxicilline ou à défaut l'ampicilline à la dose de 100 mg/Kg/jour chez l'enfant et 6 g /jour chez l'adulte suivant les mêmes modalités que le chloramphénicol (doses progressivement croissantes réparties en 4 prises).
- 8) - Les porteurs sains doivent être hospitalisés avec mise en observation jusqu'à négativation de la coproculture et ne doivent en aucun cas être traités.
- 9) - Aucune antibioprophyllaxie ne doit être pratiquée à titre externe, la prévention reposant sur l'amélioration des conditions d'hygiène du milieu.

J'accorde la plus haute importance à la diffusion et à l'application de cette circulaire au niveau de tous les services concernés.

**LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION**

**J P GRANGAUD**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

DIRECTION DE LA PREVENTION  
ET DE L'EDUCATION SANITAIRE

**CIRCULAIRE N° 417 MSP/ DPES/ DU 31 MARS 1990**

DESTINATAIRES :  
MM LES WALIS (DSP) \*TOUS\* POUR EXECUTION  
MM LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES \*TOUS\*  
POUR EXECUTION

---

**OBJET : *Fiche technique relative à la surveillance épidémiologique, la prévention, le diagnostic et l'organisation de la prise en charge des cas de choléra.***

L'évolution cyclique du choléra constatée en Algérie depuis 1971 (pic épidémique important tous les 3 à 4 ans) associée à l'absence d'amélioration de l'hygiène du milieu et à l'insuffisance de ressources hydriques au cours de ces dernières années exposent notre pays à un haut risque de recrudescence de cette maladie au cours de la période estivo-automnale de cette année.

Les mesures préventives précoces et surtout la surveillance épidémiologique sont les meilleures mesures à même d'éviter sinon de limiter d'une façon importante l'éclosion d'un éventuel processus épidémique.

Dans ce cadre et afin de vous aider dans votre tâche je vous transmets une fiche technique relative à la surveillance épidémiologique, la prévention, le diagnostic et l'organisation de la prise en charge des cas de choléra.

J'accorde la plus haute importance à la diffusion et l'application de cette fiche technique au niveau de tous les secteurs sanitaires et services concernés.

Le Directeur de la Prévention  
et de l'Education Sanitaire

**Signé : DR. M. K. GRABA.**

## **LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE**

1 – Surveillance des cas de diarrhée.

Durant cette période inter-épidémique, il est nécessaire de renforcer le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (diagnostic, traitement selon le plan national, enregistrement des cas, gestion des stocks de SRO et autres solutés injectables, formation etc) et d'introduire des mesures spécifiques de surveillance du choléra. Celles-ci consistent principalement à :

### **1 – Dépister précocement tout cas de choléra**

Pour cela tous les enfants diarrhéiques âgés de plus de 4 mois doivent bénéficier d'une recherche de vibron dans les selles; ce dépistage doit commencer dès que possible dans les régions à haut risque épidémiologique et au plus tard au mois de

2 – Surveiller la courbe de fréquence des cas de diarrhées enregistrés chaque semaine.

Une augmentation des cas de diarrhée doit évoquer l'hypothèse d'un début d'épidémie de choléra et doit faire prendre les mesures adéquates.

3 - Toute diarrhée suspecte cliniquement (selles très fréquentes eau de riz) et tout cas de déshydratation due à une diarrhée doivent être considérés comme suspects de choléra et entraîner les mesures d'investigation nécessaires en urgence (voir ANNEXE N° 1).

## **Rappel clinique**

### **DEFINITION**

Le choléra est une maladie infectieuse aiguë à déclaration obligatoire, endémo-épidémique due au vibron cholérique maladie microbienne très contagieuse transmise par les selles ou objets souillés par le malade.

### **DEBUT**

La maladie apparaît soit après quelques heures, soit au plus tard cinq jours après la contamination.

### **SIGNES CLINIQUES**

Au début : DIARRHEE – ABONDANTE – FREQUENTE (6 à 8 selles par jour), parfois douleurs abdominales.

Très vite : Après un jour apparaît la diarrhée typique (50 à 100 selles par jour).

Selles très liquide, émises sans effort en jet, de couleur blanchâtre, eau de riz,

D'odeur rade, contenant des grains blanchâtre très riches en microbes.

Ensuite : Peuvent survenir des vomissements qui s'aggraveront.

Devant ces signes : et quel que soit le stade de la maladie, il faut :

1. Hospitaliser le malade et l'isoler
2. Faire les prélèvements comme ci-dessous pour préciser le diagnostic.
3. Entreprendre le traitement.
4. Prévenir le service d'Epidémiologie de la D.S.W. ou le service de prévention du secteur sanitaire.
5. Prendre les précautions d'hygiène selon les directives ci-après.

## PRELEVEMENTS POUR L'EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

### 1\*) Sur Malades :

- Effectuer un écouvillonnage rectal chez le malade à l'aide d'un écouvillon stérile.
- Ramener le maximum de selles.
- Placer stérilement l'écouvillon dans le tube de milieu de transport.
- Fermer hermétiquement le tube.
- Inscrire lisiblement sur bande de sparadrap :
  - \* le nom, prénom, l'âge, l'origine du malade, le lieu d'hospitalisation, la date et l'heure du prélèvement.
- Coller le sparadrap sur le tube de milieu de transport.
- les mêmes indications doivent figurer sur la fiche de renseignement qui doit obligatoirement accompagner le prélèvement.
- Envoyer les prélèvements le plus rapidement possible au laboratoire.

### 2\*) Chez les personnes ayant été en contact avec le malade :

- Deux méthodes possibles :
  - a) De préférence par écouvillonnage comme pour les malades, chaque fois que cela est possible.
  - b) Ou prélèvement d'une quantité suffisante de selles en évitant toute contamination extérieure dans des récipients stériles : pots en plastique stérile à usage uniques (pots DAT).
- Bien fermer les récipients à l'aide de sparadrap pour éviter toute contamination extérieure.
- Porter sur chaque récipient les mêmes renseignements que ci-dessus.
- Envoyer le prélèvement le plus tôt possible au laboratoire.

## TRAITEMENT

1.- Sur place, en attendant l'arrivée de l'équipe spécialisée.

Chez l'adulte

Le malade ne vomit pas

- Donner à boire abondamment (solution de réhydratation par voie orale)

- Placer une perfusion intraveineuse de sérum salé Isotonique (50 à 80 gouttes) minute suivant l'importance de la diarrhée.

Le malade vomit :

- Accélérer le débit de la perfusion intraveineuse à 120 gouttes / minute.

Chez l'enfant :

- Donner à boire abondamment de l'eau salée sucrée (solution de réhydratation orale).

- Placer une perfusion intraveineuse de sérum salé isotonique à 40 gouttes/minute.

II. À l'arrivée de l'équipe spécialisée, puis dans le centre de traitement :

A - Procéder un prélèvement bactériologique.

B – Placer la malade sur un lit de cholérique et installer le seau en plastique qui permet de mesurer le volume des selles.

Chez l'enfant :

1- les premières heures une perfusion intraveineuse de sérum salé physiologique (2 flacons de 500 cc) et sérum bicarbonaté (flacon de 500 cc) le plus vite possible jusqu'à perception pouls radial.

2- les heures suivantes perfuser en intraveineuse l'équivalent des pertes diarrhéiques et vomissements en prescrivant :

- 1 flacon sérum salé isotonique à 9 p. 1.000

- puis un flacon de sérum glucosé à 5. p. 100

dans chaque flacon de sérum glucosé, ajouter 2 grammes de chlorure de potassium

3- Prescrire :

- Tétracycline 500 mg toutes les heures. Où

- Furoxane un comprimé toutes les 6 heures.

Chez l'enfant de moins de 5 ans :

- Réhydratation comme dans toute déshydratation aiguë de l'enfant.

\* Antibiotique : tétracycline, suspension à la posologie habituelle

ou : Furoxane suspension :

05 à 10 kg : 2 mesures 5 fois par jour.

10 à 15 kg : 3 mesures 3 fois par jour.

15 à 20 kg : 4 mesures 3 fois par jour.

- les 6 heures passer en intraveineuses :

\* 1.500 cc (40 gouttes / minute

\* 1.000 cc de sérum salé 9.p.1.000

\* 500 cc de sérum bicarbonaté 14 p.1.000.

- Au delà remplacer les pertes en diarrhée et vomissements en alternant :

1 flacon de sérum salé de 250 cc

1 flacon glucosé à 5 % de 250 cc avec 1 g chlorure de potassium.

1 flacon de sérum bicarbonaté 14 p. 1.000

Donner : Tétracycline 250 mg toutes les 6 heures Ou

Furoxane suspension 4 mesures 4 fois par jour.

ENFANTS DE 10 A 15 ANS :

Même traitement que l'adulte

Réhydratation et antibiotique donner la moitié de la dose adulte.

## MESURES D'HYGIENE

A. – Précaution corporelle de l'entourage.

Le port d'une blouse est nécessaire pour le personnel.

Lavage soigneux des sels, murs et moyens.

B.- Mesures concernant les malades ou suspect.

1.- Les urines – les vomissements.

à recueillir dans récipients maillés ou plastique.

Ne doivent jamais être jetés ni en fosses, ni à l'égout (W.C), ni surtout sur le sol avant destruction par l'un des produits suivants

Crésyl un demi verre dans un 1L d'eau.

Javel un demi verre dans un 1L d'eau.

Chaux-vive : saupoudrer les matières.

2.- les récipients : les désinfecter par :

Ebullition si possible (meilleur moyen).

Par eau de javel un demi verre pour un 1L d'eau.

Par eau de crésyl un demi verre pour un 1L d'eau.

3.- le linge de corps et de lessive :

Ebullition avec javel ou poudre de lessive.

4.- Literie :

le lit ou le brancard doivent être lavés avec un désinfectant (javel ou crésyl).

LE MATELAS SOUILLE DOIT ETRE BRULE.

5.- Locaux et moyens de transport :

Lavage soigneux et répété des mains au savon. Transport avec eau de javel un demi verre pour un L d'eau ou crésyl un demi verre pour un L d'eau.

Précaution toute particulière pour les fosses d'aisance, urinoirs, W.C etc.....).

6.- Ordures ménagères et balayage :

à brûler.

POUR TOUT DOCUMENT ET RENSEIGNEMENTS S'ADRESSER A :

DIRECTION DE LA PREVENTION ET DE L'EDUCATION SANITAIRE

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE

INSTITUT PASTEUR.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA PREVENTION GENERALE  
SOUS DIRECTION DE LA PREVENTION  
GENERALE

**CIRCULAIRE N° 755 MSP/DP/SDPG DU 31 OCTOBRE 1994**

-----DESTINATAIRES-----  
- MESSIEURS LES WALIS \* POUR INFORMATION\*  
- MESSIEURS LES DSPS \* POUR EXECUTION\*  
- MESSIEURS LES DG DES CHU \* POUR EXECUTION\*  
- MESSIEURS LES DG DES EHS \* POUR EXECUTION\*  
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS  
SANITAIRES \*POUR EXECUTION\*  
-----

**OBJET :** *Fiche Technique relative à la conduite à tenir devant un cas de diphtérie.*

L'Algérie, après un répit, a connu une réapparition de la diphtérie sous forme de petites épidémies localisées durant l'année 1993 (563 cas et 31 décès).

Cette recrudescence épidémique est due à des causes multiples notamment les mouvements de populations à travers les frontières du sud du pays, l'insuffisance de la couverture vaccinale et la faible protection immunitaire au sein de la population adulte.

Si le dispositif mis en place a permis de maîtriser l'épidémie, il n'en demeure pas moins que l'Algérie n'est pas à l'abri de l'apparition de nouveaux foyers épidémiques.

Ce phénomène est actuellement observé dans d'autres pays et l'OMS est mobilisé.

Aussi dans le cadre du renforcement de la surveillance et de l'amélioration de la prise en charge, je vous transmets ci-joint une fiche technique actualisée.

J'accorde la plus haute importance à la diffusion et à l'application de cette fiche technique à tous les niveaux.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

**SIGNE : PROF. A. DIF**

## **- CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC (cf. ANNEXE N° 1 RAPPEL CLINIQUE)**

Il est indispensable de faire un diagnostic précoce de la maladie qui doit être évoquée :

Systématiquement devant une angine à fausses membranes

Devant toute angine et toute laryngite chez un sujet mal ou pas vacciné contre la diphtérie, survenant dans un contexte épidémique.

Devant toute angine s'accompagnant de signes évocateurs :

Asthénie, pâleur, fièvre ne dépassant pas 38°5 et tachycardie.

La notion d'une vaccination anti-diphtérique ne doit pas faire éliminer le diagnostic de la diphtérie.

## **II - MESURES D'URGENCE DEVANT UN CAS SUSPECT**

II- I Devant un cas suspect de diphtérie

Il faut immédiatement :

hospitaliser et isoler le cas

pratiquer un prélèvement de gorge (Annexe N° II diagnostic bactériologique) avant tout traitement pour identifier le germe.

Prescrire la sérothérapie (Sérum anti-diphtérique SAD) pour neutraliser la toxine, et l'antibiothérapie pour détruire le germe. (cf. chapitre mesures thérapeutiques).

Déclarer obligatoirement la maladie.

II- 2 Autour du cas suspect (cf. chapitre mesures prophylactiques)

Il faut :

entreprendre une enquête épidémiologique qui vise à limiter la propagation de la maladie au sein de la population

prescrire une antibiothérapie aux sujets contacts,

procéder à la protection des sujets contacts selon leur statut vaccinal.

## **III - MESURES THERAPEUTIQUES**

Le traitement curatif a pour but de neutraliser la toxine circulante (sérothérapie), de détruire le germe (antibiothérapie) et de prévenir la survenue de complications. Il doit être institué en urgence, au moindre doute et avant le résultat de l'examen bactériologique.

### **III – 1 – Sérothérapie**

Le sérum antidiphtérique (SAD) est administré selon la méthode de BESREDKA (pour éviter le choc anaphylactique) qui consiste à injecter en sous cutané 0.1 ml de SAD, puis 0.25 ml 10 à 15 mn après, et si rien ne se produit pendant 15 mn on injecte alors la dose restante en sous cutané et moitié en intramusculaire (IM).

La posologie est fonction du poids et de la gravité de la maladie. Elle est de 2000 à 5000 UI/kg soit chez l'enfant 20 000 à 50 000 UI en dose totale et chez l'adulte 60 000 à 100 000 UI et dose totale (maximum 120 000).

III- 2 – L'antibiothérapie

Elle fait appel à :

L'érythromycine à raison de 50 mg/kg/j chez l'enfant et de 2g/j chez l'adulte pendant 10 jours,

Ou à la pénicilline G à raison de 100 000 UI/kg/j chez l'enfant et de 2 millions d'unités par jour chez l'adulte en 2 injections IM pendant 10 jours.

### **III- 3 – Le repos au lit strict**

Il est indispensable, du fait du risque potentiel non négligeable de myocardite et de mort subite. Sa durée est de 21 jours.

### **III- 4 – Vaccination (anatoxine diphtérique)**

A l'issue de la guérison, le malade devra être vacciné contre la diphtérie quel que soit son état vaccinal antérieur car la maladie n'est pas immunisante.

### **III- 5 – Traitement des complications**

En cas croup (laryngite diphtérique) il faudra associer des corticoïdes en IV ou en IM (Hemisuccinate d'hydrocortisone ou dexaméthazone). En cas d'aggravation ou de non amélioration après quelques heures (6H) le transfert en réanimation pour intubation ou trachéotomie s'impose.

En cas de myocardite ou de paralysies (véloplatine ou respiratoire) le traitement devra être conduit en milieu spécialisé.

## **IV – MESURES PROPHYLACTIQUES**

Elles sont indispensables et consistent :

à pratiquer, chaque fois que possible, chez les sujets contacts, un prélèvement de gorge en vue de dépister les porteurs sains

à prescrire, systématiquement, une antibiothérapie aux sujets contacts : Benzathine Pénicilline 600 000 UI pour les enfants âgés de moins de 6 ans et 1200 000 UI pour les sujets de plus de 6 ans en une seule injection intra-musculaire, ou érythromycine à raison de 50 mg/kg/j pendant 10 jours.

A procéder :

chez les sujets contacts non vaccinés à la vaccination immédiate : administration d'une dose vaccinale, la vaccination étant poursuivie selon les modalités habituelles. Le sérum anti-diphtérique peut éventuellement être administré. (1000UI)

chez le sujets contacts vaccinés depuis plus d'un an au rappel de la vaccination.

chez les sujets contacts vaccinés depuis moins d'un an. La sérothérapie et la vaccination sont inutiles.



## FICHE TECHNIQUE : RAPPEL CLINIQUE DE LA DIPHTERIE

**L'ANGINE DIPHTERIQUE COMMUNE**Phase de début

Le début est en règle insidieux marqué par :  
un malaise général avec asthénie, anorexie, courbatures,  
fébricule à 38 – 38.5°,  
la dysphagie est discrète  
avec abattement et pâleur

l'examen local découvre parfois une simple angine érythématique et une amygdale augmentée de volume, mais très souvent il montre un enduit blanchâtre semblable à du blanc d'œuf siégeant sur l'amygdale réalisant la pellicule de BRETONNEAU. Cet enduit pultacé est facilement détachable mais il a tendance à se bilatéraliser.

Cet aspect doit faire évoquer le diagnostic de diphtérie même chez le sujet vacciné. Il exige la pratique immédiate d'un prélèvement de gorge, et l'administration de sérum antidiphtérique.

A ce stade, le traitement entraîne la guérison rapide et sans complication sinon en 24 à 48 h se constitue le tableau caractéristique de la phase d'état.

Phase d'état :

C'est en règle à ce stade qu'est vu le malade et le diagnostic devient évident :  
les signes généraux persistent : abattement et pâleur intense, température à 38-38.5°, tachycardie modérée, oligurie discrète et albuminurie inconstante.

L'examen de la gorge montre les fausses membranes caractéristiques, elles réalisent un enduit brillant blanc-nacré peu épais, lisse au début puis irrégulier et grisâtre. Elles sont cernées par un liséré rouge, non oedématisé et non hémorragique. En vieillissant elles deviennent jaunâtres.

Les fausses membranes sont adhérentes au tissu sous-jacent duquel on peut cependant les arracher en bloc, elles sont cohérentes, non dissociables dans l'eau, extensives et en règle bilatérales, elles envahissent rapidement l'autre amygdale, le voile du palais, le pharynx et la luette qu'elles engainent \*doigt de gant\*. Elles se reproduisent rapidement en quelques jours après leur arrachement. Enfin elles sont riches en bacilles diphtériques d'où l'intérêt de leurs mises en cultures avant toute antibiothérapie pour confirmation de diagnostic.

Les signes loco-régionaux : sont peu intenses : coryza avec jetage séreux ou mucco-purulent souvent unilatéral, des ADP bilatérales rétro et sous-maxillaires, fermes, mobiles, sensibles, sans périadénite.

Au total : le diagnostic est cliniquement évident, et peut être étayé par une notion d'épidémie ou de contagion. Il est confirmé par l'examen bactériologique systématique dont on n'attend les résultats pour isoler le malade, le traiter en urgence, et examiner l'entourage. Un pronostic favorable peut être porté sur l'absence de signes locaux et généraux de malignité.

Evolution :

Sous l'effet du traitement précoce l'évolution est bénigne. En quelques heures les FM cessent de s'étendre, pour se décoller par leurs bords et tomber en 2 – 5 jours, la gorge est nettoyée. La pâleur, l'asthénie persistent encore plusieurs jours.

La convalescence dure 15 jours, elle est parfois grevée d'éventuelles complications dont la survenue est toujours possible jusqu'à 90 jours après le début de l'angine.

En l'absence de traitement ou en cas de traitement tardif ou insuffisant passage à l'angine maligne et ou survenue de complications.

**ANGINE DIPHTERIQUE MALIGNE**

Elle est rarement primitive le plus souvent, elle complique une angine commune qui a évolué depuis 2 à 4 jours, elle est caractérisée par :

une fièvre à 39° à 40°  
un état général profondément altéré d'emblée,  
une obnubilation, une prostration, ou une adynamie,  
une pâleur du visage,  
une tachycardie avec tendance à l'hypotension.

Les signes de malignité loco-régionale sont :

bouche recouverte laissant s'écouler une salive fétide, jetage mucco-sanguinolent bilatéral cou volumineux \*proconsulaire\* déformé par des ADP,

l'examen de la gorge confirme le diagnostic :

Les FM tapissent en une seule-nappe tout le pharynx et peuvent atteindre la face interne des joues. Elles forment un enduit épais et irrégulier d'odeur fétide, de couleur gris verdâtre ou noirâtre du fait d'hémorragies. Elles sont particulièrement adhérentes à la muqueuse sous-jacente et leur arrachage laisse une ulcération sanguinolente. Elles sont cohérentes remarquablement extensives. La muqueuse pharyngée est très oedématisée.

La dysphonie et la dysphagie sont importantes.

Les signes viscéraux :

signes cardiaques : assourdissement des bruits du cœur avec tachycardie et hypotension,  
signes rénaux : oligurie, albuminurie quasi constante, hyperamnésie

Evolution :

parfois tout apparaît en quelques jours au fait de l'extension des FM à la trachée au pharynx et aux bronches. Issue fatale survenant par asphyxie.

Le plus souvent l'évolution se prolonge :

Immédiatement, il y a rétrocession des signes locaux sous l'influence du traitement, les FM tombent en 4 – 8 jours, les ADP régressent plus lentement. Par contre les signes généraux et viscéraux toxiques persistent,

Secondairement tantôt la mort survient dans le tableau du syndrome secondaire de la Diphtérie maligne, tantôt elle rejoint celle de l'angine grave traitée.

**FORMES SYMPTOMATIQUES :**

Angine bénigne : forme frustrée

Angine purement érythémateuse : leur diagnostic est essentiellement bactériologique

Forme pseudo-phlegmoneuse :

Caractérisée par un œdème et une tuméfaction du pilier antérieur d'une amygdale, qui se couvre de FM. Le trismus est habituellement absent l'évolution spontanée se fait vers la forme maligne, alors que le traitement précoce évite l'issue fatale mais souvent au risque de paralysies tardives.

### **FORMES SELON LE TERRAIN :**

Nourrisson :

La diphtérie n'est pas rare chez le nourrisson. La localisation nasale ou adénoïdienne est habituelle, mais on peut observer une angine à fausses membranes volontiers compliquée de croup.

Vacciné :

La diphtérie n'est pas rare, elle est habituellement bénigne et non compliquée. Cependant méconnus, elle évolue vers la malignité.

### **LE CROUP OU LARYNGITE DIPHTERIQUE**

Il s'observe essentiellement de 2 à 6 ans, il peut être primitif, mais survient le plus souvent au cours de l'extension locale d'une angine diphtérique, il évolue en 3 phases successives.

Phase dysphonique marquée par :

des modifications de la toux et de la voie réalisant le syndrome toux rauque voie éteinte avant que la toux ne s'éteigne,

signes généraux toxiques discrets,

coryza parfois

\* le diagnostic repose sur :

la laryngoscopie montrant les FM

le prélèvement pharyngée et laryngée dont on n'attendra pas les résultats pour traiter le malade.

\* Phase dyspnéique : (24 – 48 h) caractérisée par :

une dyspnée laryngée évoluant d'abord par accès puis par grands accès entre lesquels s'instaure une dyspnée permanente. C'est une bradypnée inspiratoire avec un cornage ou un tirage sous sternal.

Phase asphyxique : elle conduit à la mort.

### **AUTRE FORMES CLINIQUES**

Le coryza pseudo-membraneux ou rhinite diphtérique : fréquente chez les NRS et l'enfant de 2 à 6 ans mais rare chez l'adulte. Cette diphtérie nasale accompagne une angine diphtérique dans environ 60 % en zone d'endémie.

L'adénoïde diphtérique : quasi constante dans la diphtérie pharyngée, elle peut être isolée, et se traduit par un tableau d'adénoïdite banale, dont la nature diphtérique n'est révélée que par la rhinoscopie postérieure et le prélèvement. Le traitement assure la guérison s'il est précoce sinon on peut observer la survenue d'un syndrome malin d'un croup ou de paralysie.

Diphtérie cutanée : rare, elle apparaît au niveau des lésions cutanées préexistantes. Dans les cas typiques, la lésion cutanée devient douloureuse laissant s'écouler une sérosité jaunâtre, puis prend l'aspect d'un ulcère surélevé et dur, entouré d'une zone inflammatoire.

La conjonctivite diphtérique : elle s'observe surtout chez le NRS et succède d'ordinaire à une diphtérie nasale propagée par le canal lacrymal.

### **F – COMPLICATIONS**

#### **LA MYOCARDITE**

C'est une complication majeure tant par sa fréquence que par sa gravité, elle débute généralement de façon précoce avant le 5<sup>ème</sup> – 10<sup>ème</sup> jour, parfois au delà de la 3<sup>ème</sup> semaine. Les signes cliniques sont inconstants : tachycardie ou bradycardie, assourdissement des bruits du cœur ou bruit de galop, tableau d'assystolie aigue, l'E.C.G confirme la myocardite en mettant en évidence ces anomalies très souvent sans traduction clinique.

Trouble du rythme : (tachycardie sinusale, trouble de la conduction auriculo-ventriculaire, rarement l'allongement isolé du PR. Trouble de la repolarisation).

Trouble de la repolarisation (aplatissement ou inversion de l'onde T dénivellation ST). Elle est imprévisible dans son évolution : elle tue ou guérit rapidement.

#### **B – PARALYSIE DIPHTERIQUE :**

Elles peuvent s'observer jusqu'au 90<sup>ème</sup> jour après le début de la maladie. Elles sont précoces ou tardives, partielles où généralisées.

paralysie vélo-palatine :

elle est évoquée sur la constatation des troubles de la phonation de la déglutition. Le nasonnement de la voix le reflux par le nez des liquides injetés avec risques de fausses routes alimentaires ou salivaires. Isolée elle évolue favorablement.

paralysie de l'accommodation :

elle accompagne presque toujours la paralysie. Vélo-palatine. Elle se traduit par une gêne à la vision rapprochée (pseudo-presbytie) alors que la vision de loin est correcte. Elle guéri sans séquelles au bout de 10 à 15 jours.

paralysie des muscles du larynx et pharynx :

elle se caractérise par une voix rauque et surtout des troubles de la déglutition. Parfois sont observées des accès de dyspnée sa gravité tient à la survenue de la broncho-pneumopathie d'inhalation.

paralysie extensive des muscles respiratoires :

elle intéresse les muscles du cou, les intercostaux, les muscles abdominaux et le diaphragme. Leur évolution est émaillée d'une forte mortalité de plus de 90 % par détresse respiratoire en l'absence d'assistance respiratoire.

#### **C – L'ATEINTE RENALE**

Une oligurie et une protéinurie modérée accompagnent quelquefois une angine commune et régressent sans séquelles.

Mais une oligo-anurie, une hématurie, une hyperazotémie massive prolongée signent une néphrite qui traduit une imprégnation toxique importante. Elle se voit le plus souvent dans les angines malignes.

**ANNEXE N° II**  
**FICHE TECHNIQUE**  
**DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE DE LA DIPHTERIE**

Corynebacterium diphtheriae (C diphtheriae) est le germe responsable de la diphtérie. Ce germe est fragile et a des exigences nutritives. Il ne pousse que sur des milieux liquides ou gélosés, enrichis (sérum, sang).

Le milieu de Loëffler est un milieu à base de sérum de bœuf coagulé utilisé pour l'isolement du germe. Il est disponible à l'Institut Pasteur d'Algérie.

Le diagnostic de certitude d'une angine diphtérique repose sur l'isolement. L'identification bactériologique du germe et la mise en évidence de la production d'une toxine.

L'isolement du germe est réalisé à partir du prélèvement de gorge ou des fausses membranes (isolement fait sur milieu de Loëffler). Il doit se faire au lit du malade et / ou lors des enquête sur le terrain, par le personnel médical et paramédical. Ci-joint les modalités techniques de cet isolement.

L'identification bactériologique du germe et la recherche du pouvoir toxigène se font au niveau de laboratoire de bactériologie équipés. Ces laboratoires doivent réceptionner le plus rapidement possible les isollements faits sur le terrain.

**COMMENT ISOLER C.DIPHTERIAE DANS UN PRELEVEMENT DE GORGE ?**

**Matériel nécessaire :**

Ecouvillon

Tubes de milieu de Loëffler (milieu au sérum de bœuf coagulé) : température ambiante.

Étuve à 37°5.

**Modalités techniques**

Pour chaque patient, si possible avant traitement :

A l'aide d'un écouvillon, faire un prélèvement de gorge ou des fausses membranes, à droite et à gauche.

Avec cet écouvillon, ensemencer directement au lit du malade un tube de milieu de Loëffler (ensemencement en stries serrées).

Identifier le tube. N° / Nom / Prénom / Date isolement / Nature du prélèvement.

Déposer le tube (bouchon pas entièrement vissé) à l'étuve 37° C pendant 18 heures.

Sortir le tube de l'étuve et le laisser à température ambiante.

L'acheminer le plus rapidement possible à un laboratoire de bactériologie qui effectuera l'identification de la souche et la mise en évidence du pouvoir toxigène.

**ATTENTION ! RAPPEL ! ATTENTION !**

ON NE FAIT PAS DE DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE DE DIPHTERIE sur la visualisation de bacilles à Gram Positif Corynéformes à l'examen microscopique après coloration de Gram d'un prélèvement de gorge (il existe de nombreuses corynébactéries non pathogènes).

ON NE FAIT PAS DE DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE DE DIPHTERIE sur l'unique existence d'une culture bactérienne en milieu de Loëffler (ce milieu n'est sélectif et de nombreuses bactéries y poussent).

DIRECTION DE LA PREVENTION  
Sous Direction Santé Mère et enfant

**Circulaire Ministérielle N° 017/MSPRH/MIN du 13 Fév. 2007**

**DESTINATAIRES :**

- Messieurs les Walis pour Information
- Madame et Messieurs les DSP pour exécution
- Mesdames et Messieurs les DG des CHU pour exécution
- Messieurs les DG des EGS pour exécution
- Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires pour exécution

**Objet : Fiche technique relative à la conduite à tenir devant un cas de suspect de Diphtérie**

L'Algérie ; après un répit, a connu une réapparition de la diphtérie sous forme de flambées épidémiques durant l'année 1993 (563 cas et 31 décès).

Deux importantes épidémies ont ensuite été enregistrées en 1996 (107 cas) et en 1997 (30 cas) touchant la presque totalité des Wilaya. Les cas notifiés en 2003 (Tiaret 07 cas), en 2004 (Tamanrasset 08 cas) et en 2005 (Mila 04 cas et Adrar 03 cas) ont touché des populations nomades. Ce phénomène est dû à des causes multiples notamment les mouvements de populations à travers les frontières du sud du pays, l'insuffisance de la couverture vaccinale et la faible protection immunitaire au sein de ces populations. Si le dispositif mis en place a permis de maîtriser l'épidémie, il n'en demeure pas moins que l'Algérie n'est pas à l'abri de l'apparition de nouveaux foyers épidémiques.

Il apparaît donc clairement qu'une couverture vaccinale doit être maintenue constamment au niveau le plus élevé possible pour toutes les vaccinations obligatoires.

Cette présente circulaire actualisée rappelle les modalités pratiques de la conduite à tenir devant un cas suspect de Diphtérie décrites dans la Circulaire Ministérielle N° 755 MSP/DP/SDPG du 31 Octobre 1994.

Dans le cadre du renforcement de la surveillance et de l'amélioration de la prise en charge des cas, j'accorde la plus haute importance à la large diffusion et à l'application de cette circulaire à l'ensemble du personnel de santé à tous les niveaux.

**Le Directeur de la Prévention**

## I- CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC (ef ANNEXE N° 1 RAPPEL CLINIQUE).

- Il est indispensable de faire un diagnostic précoce de la maladie qui doit être évoquée :
- systématiquement devant une angine à fausses membranes,
  - devant toute angine et toute laryngite chez un sujet mal ou pas vacciné contre la diphtérie, survenant dans un contexte épidémique ou sporadique,
  - devant toute angine s'accompagnant de signes évocateurs : asthénie, pâleur, fièvre ne dépassant pas 38°5 et tachycardie,

**La notion d'une vaccination antidiphtérique ne doit pas faire éliminer  
le diagnostic de la diphtérie**

## II- MESURES A PRENDRE D'URGENCES DEVANT UN CAS SUSPECT DE DIPHTERIE

### II- 1 IL FAUT IMMEDIATEMENT :

- 1- hospitaliser et isoler le cas, repos strict au lit et surveillance clinique.
- 2- pratiquer un prélèvement de gorge (annexes N° I et II diagnostic bactériologique) avant tout traitement pour identifier le germe,
- 3- prescrire la **sérothérapie** (Sérum antidiphtérique SAD) pour neutraliser la toxine circulante et l'**antibiothérapie** pour détruire le germe (cf chapitre mesures thérapeutiques).
- 4- Déclarer obligatoirement la maladie selon les modalités de notification des Maladies à Déclaration Obligatoires (Arrêté n° 179/MS/CAB du 17 Novembre 1990)



Vaccins		Antirougeoleux
Population cible	300	
Nombre de contacts par vaccins		2
Nombre total de doses à administrer		300 x 2 = 600
Taux d'utilisation du vaccin		75 %
Nombre de doses nécessaires par année		600 / 0,75 = 800
Stock de réserve	25 %	800 X 0,25 = 200
Nombre total de doses à commander par année		800+200=1000
Nombre de flacons de vaccins à commander par année		1000/10=100
Nombre de flacons de vaccins à commander par mois		100/12=9

#### 4-3 CONSERVATION DU VACCIN

##### CONSERVATION DU VACCIN

Le vaccin antirougeoleux doit être conservé entre + 4 ° C depuis sa fabrication jusqu'à son utilisation d'où la nécessité du respect de la chaîne de froid.

On appelle CHAÎNE DE FROID la série d'actions qui garantissent la conservation des vaccins depuis leur fabrication jusqu'à leur utilisation.

Fabricant -----Aéroport -----IPA-----S SANITAIRE-----centre de santé-----équipe vaccinatrice

Un fonctionnement efficace de la chaîne de froid demeure une priorité de la stratégie du PEV et un élément fondamental dans la réussite du programme d'élimination de la rougeole.

**UN SEUL MAILLON DEFECTUEUX DE LA CHAÎNE DE FROID PEUT PROVOQUER L'ÉCHEC DE TOUT PROGRAMME DE VACCINATION**

Aussi il est indispensable de déclarer toute rupture de cette chaîne de froid aux services compétents.

**LE VACCIN ANTIROUGEOLEUX DOIT ÊTRE RIGOREUSEMENT TRANSPORTÉ ET STOCKÉ ENTRE + 4 ET +8 °C**

**LA RUPTURE DE LA CHAÎNE DE FROID ENTRAÎNE UNE DÉTERIORATION DU VACCIN OU ÉCHEC À LA VACCINATION.**

#### 4-4 ORGANISATION DE LA VACCINATION

4-4-1 le vaccin Antirougeoleux

type de vaccin utilisé en Algérie :

le vaccin utilisé en Algérie est le vaccin vivant ATTENUÉ

##### PRESENTATION :

Le vaccin se présente sous forme lyophilisé en flacons de 10 doses avec une ampoule de 5 ml de solvant (0,5 ml / dose)

Conservation :

Le solvant doit être mis 24 heures avant son utilisation dans le réfrigérateur.

Comme tous les vaccins vivants le vaccin anti-rougeoleux est thermosensible. Il doit être conservé entre + 4) c et placé dans la partie haute du réfrigérateur

Une fois reconstitué sa température doit être entre + 4 ° C +8 ° C. il doit être utilisé dans les 4 ou lors des campagnes spéciales.

Une seringue et une aiguille sous emballage stérile doivent être utilisées pour chaque injection et doivent être détruites immédiatement après usage. Il existe deux types de seringues et d'aiguilles à usage unique :

Les seringues jetables

Les seringues autobloquantes

Les seringues jetables classiques ; peuvent être utilisées pour la vaccination uniquement lorsqu'on est certain qu'elles seront détruites après un usage unique. La réutilisation de ce matériel fait en effet courir un risque élevé d'infection de la population ciblée.

les seringues autobloquantes : sont conçues de telle sorte qu'il est impossible de les utiliser plus d'une seule fois par conséquent ce sont elles qui présentent le moins de risque de transmission interpersonnelle d'agents pathogènes par le sang.

**LES SERINGUES ET AIGUILLES À USAGE UNIQUE DOIVENT ÊTRE CORRECTEMENT ÉLIMINÉES APRÈS USAGE.**

##### Voie d'administration et technique vaccinale :

reconstituer le vaccin en introduisant le solvant dans le flacon de vaccin

pour la vaccination utiliser une seringue de 5 ml prélever 0,5 ml de vaccin reconstitué et mettre le flacon de vaccin dans le porte ou dans la bac à glaçon.

Fixer sur la seringue une aiguille de 30 mm pousser le piston jusqu'à ce qu'une goutte de vaccin apparaisse à la pointe de l'aiguille

Désinfecter le point d'injection à l'aide d'une compresse alcoolisée ; laissez sécher

Pincer la peau et pousser l'aiguille de biais.ne jamais pointer l'aiguille perpendiculairement à la peau.

Le vaccin est administré : par voie sous-cutanée dans la fosse sous-épineuse ou au niveau de la face externe du bras

rangement en fin de séance : A la fin de la séance de vaccination

détruire tous les flacons entamés en vidant le contenu dans de l'eau javellisée

incinérer les flacons vides et les flacons vidés le coton qui a servi ainsi que les ampoules de solvant vides et les seringues utilisées

remettre au réfrigérateur les ampoules de solvants non utilisées

remettre au réfrigérateur les flacons de vaccins non entamés en les marquant d'une croix pour qu'ils soient utilisés en premier lors de la prochaine séance

s'assurer cependant que les flacons sont bien conservés c'est à dire que les accumulateurs mis dans la glacière ou le porte vaccin sont encore congelés

ranger tout le matériel nettoyer la glacière et le porte vaccin et les laisser ouvert

essuyer les accumulateurs de froid et les remettre dans le compartiment congélateur du réfrigérateur.

#### **Associations vaccinales :**

Le vaccin antirougeoleux peut être associé à tous les vaccins et être administré le même jour chez le même enfant à des sites différents, si son âge le permet ceci en conformité avec le calendrier vaccinal en particulier on peut donner le VAR le jour du rappel DTC+ POLIO si l'enfant n'a pas encore été vacciné.

réactions mineures :

fièvre isolée (apparaissant 7 à 12 jours après l'administration du vaccin)

éruption d'allure rougeoleuse bénigne survenant 4 à 10 jours après la vaccination.

4-4-2-3 vérification du statut vaccinal de tout enfant en contact avec une structure sanitaire :

sensibiliser le personnel de santé à vérifier l'état vaccinal de l'enfant le cas échéant le vacciner

4-4-2-4 mini – campagnes de vaccination semestrielles :

des campagnes de vaccination de rattrapage seront organisées ciblant les enfants âgés entre 06 et 14 ans révolus qui ne sont pas vaccinés.

des campagnes de vaccination localisées ou élargie sont nécessaires :

en cas de situation épidémiologique particulière (épidémie ou flambée)

Taux de couverture de vaccinal ----ou égal 80 % dans une zone déterminée

Ces campagnes concerneront les enfants âgés de 09 mois à 14 ans révolus qui n'auront pas été vaccinés.

#### **4-6 ACTIVITES DE NOTIFICATION**

- législation : circulaire N° 1126 /MS/DP/SDPG du novembre 1990 un renforcement du système de surveillance de la rougeole est fondamental pour planifier et évaluer les stratégies de lutte.

##### **4-6-1 Déclaration de routine :**

tout cas suspect de rougeole hospitalisé ou non :

doit être déclaré immédiatement au SEMEP (service d'Epidémiologie et de médecine préventive) du secteur le SEMEP transmet la déclaration à la DSP (direction de la santé et de la population) qui communiquera l'information à la direction de la prévention / ministère de la santé et de la population (MSP/DP) et à L'INSP (institut national santé publique)

##### **4-6-2 Déclaration en cas d'épidémie de rougeole**

on parle d'épidémie de rougeole lorsque survient dans une commune en moins d'une semaine 5 cas ou plus de rougeole pour cette situation il est exigé une confirmation sérologique par l'institut pasteur d'Algérie (sidi – fredj)

dans ce cas le déclaration doit être faite immédiatement par fax par telephone ou par télex à la DSP et au MSP /DP et à L'INSP

##### **4-6-3 Rôle du laboratoire :**

le laboratoire de l'institut pasteur d'Algérie doit déclarer tout cas confirmé de rougeole aux structure centrales (MSP/ INSP)

le laboratoire de l'institut pasteur (sidi – fredj) est le laboratoire national de référence pour la sérologie en cas de flambées épidémiques (voir annexe II a et II b)



#### 4-7 ACTIVITES D'INFORMATION – EDUCATION- COMMUNICATION :

l'un des piliers fondamentaux de la réussite des programme de santé plus particulièrement du programme de lutte contre la rougeole.

ciblera tout le personnel de santé et le public

Population cible	messages	Moyens
Personnel de Santé	-importance de la vaccination -respect du calendrier vaccinal (deux prises) -diagnostic d'une rougeole -conduire à tenir devant un cas de rougeole (voir annexe III)	Séminaires de formation qui porteront particulièrement sur : 1-définition du cas et prise en charge 2-la surveillance épidémiologique 3-respect de la chaîne de froid 4-respect du calendrier vaccinal
Publics	1-le danger de la rougeole 2-respect du calendrier vaccinal	1-télévision 2-radio locales 3-presse 4-affiches

#### EVALUATION

L'évaluation est permanente périodique (tous les trimestres) et rétro-informative

Elle portera sur :

Indicateurs de résultats :

nombre de cas de rougeole

le nombre de dégât par rougeole

indicateurs d'action :

le nombre de flacons utilisés

le nombre de campagnes de masse organisées

le ratissage

le relevé exhaustif des sérologies.

**TACHE PAR NIVEAU D'INTERVENTION**

Structure Sanitaire	Activité	Modalité
UNITE DE BASE	Vaccination de routine Evaluation des TCV	Selon calendrier vaccinal (voir guide)
	-Diagnostiquer un cas de Rougeole	Voir Annexe III
	Faire une sérologie -Traitement palliatif -Enquête autour du cas -Education et information du malade et sa famille	-Déclaration au service de médecine préventive (SEMEP)
Services d hospitalisation	-Prise en charge du cas si complication -Education et information du malade et sa famille	Déclaration au SEMEP
SEMEP	-Collecte des déclarations	Annexe IV
	-Evaluation à l'échelle du Secteur	Déclarer à la DSP
	-Supervision de la prise en charge	Voir annexe III
	-Estimation des besoins en vaccins -Approvisionnement en vaccins	Voir guide
	-Organisation et formation	Séminaires
	-Action pour résolution du problème identifié -Information Education Communication	Séminaires
DSP	Coordonne le travail entre les différents SEMEP	Formation Déclare au MSP/DP et a l'INSP

Institut pasteur d'Algérie (Sidi – Fredj)  
Laboratoire de la rougeole

Tel ☎ 02) 37.68.50-(02) 37.68.51  
Fax : (02) 39.02.57

## ANNEXE II a

### PRELEVEMENT SANGUIN DEVANT TOUT CAS SUSPECT DE ROUGEOLE EN CAS D'EPIDEMIE ET / OU D HOSPITALISATION

#### DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA ROUGEOLE :

analyse effectuée : recherche des Ig M anti rougeoleuses par test immunoenzymatique  
échantillon utilisé pour cette recherche : sérum ( 1 ml )

#### TECHNIQUE DE PRELEVEMENT (sérum)

faire le prélèvement après apparition de l'éruption  
prélever 3 à 5ml de sang total dans un tube sec étiqueté  
laisser décanter le sang sur la paillasse jusqu'à rétraction du culot pendant 30 mn  
récupérer le surnageant et le centrifuger à 2000 Tr / mn pendant 15 mn à température ambiante  
la centrifugation doit se faire dans les 24 heures entre temps le sang doit être conservé à + 4 ° C au réfrigérateur et ne doit pas être congelé

en absence de centrifugeuse laisser décanter plus longtemps (1 heure)  
récupérer le sérum dans un tube sec étiqueté  
conserver le sérum au réfrigérateur entre + 4 °C + 8 °C quelques jours sinon au congélateur plus longtemps

#### transport des sérums :

respecter la chaîne de froid (dans une glacière + 4 ° C) même condition que pour un vaccin  
étiqueté correctement les tubes  
joindre une fiche de renseignements pour chaque prélèvement (Annexe VII)

Institut pasteur d'Algérie (Sidi – Fredj)  
Laboratoire de la rougeole

Tel ☎ (02) 37.68.50-(02) 37.68.51  
Fax : (02) 39.02.57

**ANNEXE II b**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LE CAS DE ROUGEOLE

SECTEUR SANITAIRE .....

WILAYA .....

FAX.....

NOM DU MALADE .....

PRENOM DU MALADE .....

DATE DE NAISSANCE .....

NOMBRE ET DATES DES DOSES DE VAR RECUES .....

DATE DE DEBUT DE L'ERUPTION.....

DATE DU PRELEVEMENT .....

NOM :  
Prénom :  
Grade :

Signature :

### ANNEXE III

#### DIAGNOSTIC CLINIQUE D'UNE ROUGEOLE ET CONDUITE A TENIR

#### DIAGNOSTIC CLINIQUE DE ROUGEOLE

ROUGEOLE / infection virale caractérisée par une éruption maculo-papuleuse se généralisant en 4 jours de façon descendante (visage – abdomen puis les membres inférieurs) cette éruption est précédée 3 à 4 jours avant par :  
\* fièvre 39 ° - 40°      \* conjonctivite      \* écoulement nasal      \* toux

#### DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

RUBEOLE	EXANTHEME SUBIT	MEGAL ERYTHEME
Eruption maculo-papuleuse généralisée d'emblée - fébricule 37° 5 - 38° adénopathies cervicales pas d'écoulement occulo-nasal pas de toux	Eruption maculo-palpuneuse généralisée touchant le nourrisson après 3 jours de fièvre.	Erythème en ailes de papillon du visage fièvre 39 ° - 40 ° état général conservé éruption morbiliforme pouvant se généraliser en quelques jours.

Devant un cas de rougeole

déclaration

traitement symptomatique :

baisser la température :      moyens physiques

antipyrétique

Donner à boire (boissons sucrées, tisanes....)

désinfections oculaire et rhino-pharyngé : sérum physiologique

calmer la toux : humidification de l'atmosphère

hospitalisation si – laryngite et complications broncho-pulmonaires

signes neurologiques

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REpubLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA  
REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA PREVENTION

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 502 MSPRH/DP DU 21 MARS 2005**  
**PORTANT RENFORCEMENT DES ACTIVITES DU PROGRAMME NATIONAL**  
**D'ELIMINATION DE LA ROUGEOLE**

DIFFUSION A :

- MESSIEURS LES DSP/TOUS
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES /TOUS
- MESSIEURS LES DG DES CHU / TOUS
- MESSIEURS LES DG DES EHS /TOUS
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES ORS

POUR EXECUTION

**1 - INTRODUCTION :**

**SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE :**

La rougeole est la fièvre éruptive qui atteint le plus grand nombre d'enfants dans le monde. Ses complications, rares dans les pays développés, sont fréquentes et responsables d'une très lourde mortalité dans les pays en développement. La rougeole est due à un paramyxovirus. A l'instar des autres pays tempérés, la rougeole sévit en Algérie sous forme d'épidémie en hiver et au printemps.

Le programme national d'élimination de la rougeole a été mis en place en Avril 2001 par instruction Ministérielle n° 02 MSP/DP dont les objectifs sont :

**1-Maintenir à zéro le taux de la mortalité par rougeole d'ici l'an 2005.**

**2- Réduire la morbidité par rougeole de 90% d'ici l'an 2005 par rapport au seuil de l'année 97.**

**3-Atteindre un taux de couverture par VAR d'au moins de 90% pour Ses enfants de moins d'un an**

**4-Atteindre un taux de couverture par VAR (deux prises) d'au moins de 90% pour les enfants âgés de 6 ans**

L'introduction de la deuxième dose de vaccin antirougeoleux à l'âge de 06 ans dans le calendrier vaccinal en 1997, l'amélioration du taux de couverture vaccinale, l'organisation de la campagne nationale de vaccination en décembre 2003, ont permis une baisse significative de l'incidence de la rougeole qui est passée de 49/100 000 habitants (15374 cas) en 2003 à 9/100 000 habitants (2926 cas) en 2004. Le taux de létalité est passé de 0,21 pour 100.000 habitants en 1995 à 0,035 pour 100.000 habitants en 2002. En 2003 et en 2004, aucun décès n'a été déclaré.

Des cas de rougeole sont encore notifiés dans les zones enclavées, zones éparses et dans les groupes de population à risque (nomades) présentant des taux de couverture vaccinale Inférieures à 60% ; des cas sporadiques et même des micro foyers sont encore enregistrés.

Tableau 1 - Evolution de la situation épidémiologique de la rougeole de 1997 à juin 2004 :

ANNEE	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
NOMBRE DE CAS	19573	3301	2503	1889	2743	5862	15374	2926
NOMBRE DE DECES	12	0	0	0	0	11	0	0

Au stade d'avancement actuel du programme national d'élimination de la rougeole, pour éviter toute résurgence épidémique à partir de poches de population réceptive il vous est demandé :

1- de renforcer la vaccination par des mini-campagnes devaccination à domicile basées sur le ratissage ou « Moppin-Up»

2- de respecter la conduite à tenir devant des cas sporadiques ou une flambée épidémique.

**II - RENFORCEMENT DES ACTIVITES VACCINALES DANS LE CADRE DE L'ELIMINATION DE LA ROUGEOLE:**

L'élimination de la rougeole nécessite un renforcement des activités du programme national, et doit comprendre principalement :

1- Le renforcement de la vaccination de routine par l'organisation du mopping-up ou opération de vaccination par ratissage, visant la vaccination des populations nomades, populations enclavées et en zones éparses, zones à faible taux de couverture vaccinale, zones ayant notifiées des cas de rougeole, par des passages répétés périodiques en vu de renforcer cette vaccination anti rougeoleuse.

2- Le renforcement de la surveillance épidémiologique : notification exhaustive des cas, enquête épidémiologique autour de chaque cas, confirmation du diagnostic par la sérologie

**III - CONDUITE A TENIR DEVANT UNE FLAMBEE EPIDEMIQUE DE ROUGEOLE EN PHASE D'ENTRETIEN:**

Devant l'apparition d'une flambée de rougeole (05 cas dans la semaine dans une commune), il est impératif :

1- de procéder à une enquête épidémiologique autour de chaque cas.

2- de procéder à un prélèvement sérologique (03 échantillons devant toute flambée et les acheminer à l'Institut Pasteur de Sidi - Fredj pour la confirmation du diagnostic)

3- d'appliquer les directives de vaccination des sujets contacts afin de parvenir à une couverture des groupes de population supérieure ou égal 90% avec deux doses de VAR dès l'âge de 06 ans (1<sup>ère</sup> dose à 09 mois et la seconde à 06 ans)

4- d'organiser une campagne de vaccination dans les collectivités fermées jusqu'à l'âge de 30 ans (casernes militaires, établissements pénitenciers, cités universitaires).

J'attache une attention particulière à la large diffusion de cette instruction.

La Directrice de la Prévention

**F. BELATECHE**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIC ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

**EXPEDITEUR :** Direction des Services de Santé  
**DESTINATAIRES :** Mesdames et Messieurs les DSP (Tous) en communication avec les Directeurs SS  
(Tous), EHS (Tous)  
Madame et Messieurs les Directeurs Généraux CHU (Tous)

TEXTE N° 16

DATE : 21/01/04

**OBJET :** *A/S cas Pneumopathie*

Dans le cadre de la prise en charge préventive et curative des cas de pneumopathie aiguë, j'ai l'honneur de vous demander d'installer une cellule de veille au niveau de la DSP, des CHU, EHS et Secteurs sanitaires. Cette cellule aura pour tâche de veiller à :

- 1- Sensibiliser l'ensemble des professionnels de la santé à tous les niveaux d'intervention en particulier :
  - les consultations, les services des Urgences Médico-chirurgicales, de réanimation et ceux relevant des spécialités médicales suivantes : Maladies Infectieuses, Pneumologie, Médecine Interne et de Pédiatrie.
- 2- Hospitaliser rapidement les cas de pneumopathie aiguë (annexe « 1 ») ;
- 3- Recenser et déclarer le jour de l'hospitalisation tout cas de pneumopathie aiguë (annexe « 4 ») ;
- 4- Faire des prélèvements nécessaires accompagnés d'une fiche de prélèvement, les acheminer vers l'Institut Pasteur d'Algérie (annexe « 2 ») ;
- 5- Traiter selon les recommandations figurant en annexe «3 » ;
- 6- Procéder à une enquête épidémiologique autour du cas par l'équipe du S.E.M.E.P. dépendant de votre structure (annexe « 4 ») ;
- 7- Déclarer immédiatement les cas de décès observés en milieu hospitalier, en mentionnant de façon précise de diagnostic établi durant l'hospitalisation ainsi que les causes et circonstances de décès (annexe « 4 »).

## RECONNAISSANCE DU CAS DE PNEUMOPATHIE AIGUE

### **Malade relevant d'une hospitalisation dans un service de médecine :**

(maladies infectieuses, pneumo-phtisiologie, médecine interne, pédiatrie)  
apparition chez un patient dans un délai de 10 jours :

- d'une fièvre >38°
- et d'une atteinte des voies aériennes basses : toux, gêne respiratoire.....
- et au télé thorax : pneumopathie avec infiltrats interstitiel uni ou bilatéral.

### **Malade relevant d'une hospitalisation en réanimation :**

Patient présentant

- une polypnée >30 cycles / mn
- une cyanose
- une hypotension <90 mm hg
- une tachycardie >140 battements / mn
- des troubles de la conscience

Une fois, le cas reconnu des mesures prophylactiques urgentes s'imposent afin de prévenir la transmission nosocomiale.

### **Mesures immédiates :**

**Pour le malade :**

- Hospitalisation en isolement simple dans une chambre individuelle ;
  - Limitation des déplacements ;
  - Interdire les visites ;
  - Port de masque chirurgical pour le patient
- FFP2 pour le personnel soignant
- isolement strict en cas de pneumopathie grave.



## ANNEXE « 2 »

### EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- 1- prélèvement naso-pharyngé ou aspiration bronchique ;
- 2- hémocultures (02 au moins) avant la mise sous traitement spécifique ;
- 3- prélèvement sanguins (5cc par tube) (tube sec pour sérologie ; tube sec pour biochimie : glycémie, transaminase, ionogramme, CPK, LDH. – tube héparine : FNS avec équilibre, plaquettes, groupage ;
- 4- prélèvement urinaire ;
- 5- autres.

**N.B** : Les prélèvements doivent être accompagnés de la fiche de prélèvement dûment remplie.

## ANNEXE « 3 »

### CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS DE PNEUMOPATHIE AIGUE

Isolement strict pour prévenir la transmission nosocomiale ;

**Antibiothérapie** de première intention selon le tableau clinique à réévaluer à 48-78 heures

- adulte sain sans signe de gravité : Amoxiciline ou Erythromycine
- adulte avec une co-morbidité (âge > 65 ans, insuffisance cardiaque, hépatique rénale, diabète...) Amoxicilline – Acide clavulanique ou CIG (céfazoline inj ou Céfalexine per os)
- adulte présentant un tableau grave (signes extra respiratoires, pneumopathie étendu, nécessité d'une ventilation.....)  
Amoxicilline – Acide clavulanique ou C3C (Céfotaxime) + Quinolone  
(Ofloxacin inj, per os).

**NB** : LES RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT VOUS SERONT ENVOYÉES ULTERIEUREMENT.

**MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE SURVEILLANCE DES SYNDROMES  
GRIPPaux AVEC PNEUMOPATHIE AIGUE EN MILIEU HOSPITALIER**

Dans le cadre de la surveillance des syndromes grippaux avec pneumopathie aiguë, la déclaration par téléphone et fax s'impose ainsi que le respect des textes traçant le circuit de l'information auquel s'intègrent pleinement les CHU et les EHS.

La mise en place du système d'information au niveau du CHU revient au SEMEP de l'établissement. Les notifications doivent être adressées à la D.A.M.P qui transmettra l'information à la cellule de veille de la Direction de la Santé et au SEMEP du CHU qui prendra les mesures nécessaires et restera en contact avec la cellule de veille et les SEMEP des Secteurs Sanitaires dans le cadre du suivi des cas.

D'autres renseignements importants tels que les facteurs à risques, les pathologies identiques chez les sujets contacts (famille, collègues, etc.....) et les observations éventuelles devront être communiquées rapidement à la cellule de veille de la DSP.

En l'absence de cas, une fiche hebdomadaire de déclaration portant la mention « zéro cas » est exigée.

Afin de repérer les épisodes ayant un caractère rare ou particulier et les situations épidémiques à risque d'extension, il y a nécessité :

- 1- de déclarer tous les décès ayant lieu au niveau des établissements hospitaliers. Une copie du certificat de décès signée par le médecin ayant constaté le décès devra être transmise par fax à la DSP.
- 2- De déclarer les cas de syndromes grippaux avec pneumopathie aiguë hospitalisés.
- 3- De lancer les enquêtes épidémiologiques de proximité autour des cas.

**PRECAUTIONS STANDARDS RENFORCEES.**

**POUR LE MALADE :** Masque chirurgical

**POUR LE PERSONNEL :**

- Masque FFP2
- Double paire de gants ;
- Sur blouse ;
- Charlotte ;
- Lunettes ;
- Sur bottes ;
- Respect strict des procédures d'habillage et de déshabillage ;
- Au sortie de la chambre : lavage des mains (solution antiseptique à et désinfection des lunettes (Bactinyl) ;
- Lavage des mains (SHA)

**CONSOMMABLES ET PRODUITS DE LABORATOIRE :**

Sont disponibles au niveau de la pharmacie centrale des Hôpitaux.

**Médicaments :**

Amoxicilline inj, et per os ;

Amoxicilline – Acide clavulanique inj et per os

Erythromycine per os

Céfazoline inj;

Céfalexine per os;

Céfalexine per os;

Céftriaxone ou céfotaxime inj ;

Drogue vasopressives

Anti inflammatoires cortisoniques

Solutés

Consommables

**N.B : Toute demande non satisfaite doit nous être signalée.**

Par ailleurs, il vous est demandé de renforcer le dispositif mis en place en cas d'événement exceptionnel à savoir :

- garde effective administrative et médicale ;
- fonctionnalité du plateau technique (imagerie médicale, laboratoire ; CTS et banque de sang).
- Disponibilité des médicaments, consommables et réactifs ;
- Disponibilité des fluides médicaux
- Disponibilité de l'eau ;
- Fonctionnalité (groupe électrogène, parc auto et moyens de communication) ;
- Renforcement des mesures d'hygiène hospitalière.

La responsabilité des chefs d'établissements et des équipes de garde est entièrement engagée.

J'attache une attention particulière quand à l'application stricte de ces mesures.

**FICHE DE PRELEVEMENTS**

**Expéditeur :**

Nom du médecin :.....

Nom et adresse de l'Hôpital :.....

**Prélèvement :**

Date du prélèvement :...../...../.....

Nature du prélèvement :

- Sang
- rhino-pharyngé
- sécrétions bronchiques
- Urines
- Autres .....Préciser :.....


**Patient**

Nom :..... Prénom :.....

Date de naissance :...../...../..... ou Age

Sexe : F M

Hospitalisation : (lien).....

**Signes cliniques**

Fièvre > 38°	Oui	Non	Inconnu	
Dyspnée	Oui	Non	Inconnu	
Si oui, détresse respiratoire :		Oui	Non	Inconnu
Si oui, précisez :.....				
Leuconéutropénie	Oui	Non	Inconnu	
Trombocytopénie	Oui	Non	Inconnu	

## CAT devant une grippe chez l'adulte

### Mesures de soutien :

- \* Se maintenir dans de bonnes conditions thermiques :  
Eviter les écarts de température.  
Se couvrir légèrement en cas de fièvre.  
Boire 2 l à 2,5 l /24 h.

- \* Dégager le nez :  
Lavages fréquents des fosses nasales.

- \* Pas de sirop contre la toux

- \* Eviter la déshydratation surtout chez les sujets âgés.

### Mesures symptomatiques contre la fièvre :

- \* Paracétamol : Cp à 500 mg de 3 à 4 prises par jour.

### En cas de surinfection bronchique :

- Amoxicilline gel à 500 mg, 2gl 2/jour.
- Cotrimoxazol cp à 480 mg, 2 cp 2/jour.
- Amoxicilline – acide clavulanique cp à 500 mg 2 cp, 2à3 fois par jour, surtout chez les bronchopathes chroniques.

## CAT devant une grippe chez l'enfant

### Mesures de soutien :

- \* Se maintenir dans de bonnes conditions thermiques :  
Eviter les écarts de température.  
Se couvrir légèrement l'enfant en cas de fièvre.  
Langes humides sur le front, ventre et membres

- \* Dégager le nez :  
Lavages fréquents des fosses nasales.  
Aspiration des sécrétions

- \* Pas de sirop contre la toux

- \* Prévenir la malnutrition.

- \* Eviter la déshydratation.

### Mesures symptomatiques contre la fièvre :

- \* Paracétamol : 60 mg/Kg/24H en 4 prises par voie orale ou par voie rectale.  
(toujours préférer la voie orale, la biodisponibilité de la voie rectale étant très variable).

### En cas de surinfection bronchique :

- \* Amoxicilline 50 à 100 mg /Kg en 4 prises par jour.
- \* Cotrimoxazol 8mg /Kg en 2 prises de triméthoprime.

## QUAND HOSPITALISER ?

- Incapacité de boire ou de s'alimenter.
- Geignement.
- Torpeur ou agitation
- Tirage important
- Cyanose
- Stridor au repos.
- Convulsion
- Déshydratation aiguë.
- Vomissement.
- Contexte étiologique particulier ;

- Cardiopathies congénitales
- Malnutrition sévère
- Rachitisme carenciel.

**Wilaya :**  
**Secteur Sanitaire :**  
**Commune :**

**Déclaration de cas hospitalisés pour complication de la grippe**

Nom et prénom	Age	Adresse Complète	Date d'hospitalisation	Lieu d'hospitalisation	Antécédents Pathologiques	Diagnostic de la Complication	Evolution

**INSTRUCTION N° 004/DP/MSPRH DU 23 SEPT 2010 RELATIVE A**

**L'ORGANISATION DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE 2010-2011**

<b>Destination</b>	-Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population En communication aux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)</li> <li>• Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics de santé de Proximité (EPSP)</li> </ul> -Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran -Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux de CHU -Messieurs les Directeurs des EHS	Pour exécution diffusion et suivi  pour exécution  pour exécution pour exécution pour exécution
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En prévision de la saison hivernale, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, organisera comme chaque année la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière.

A cet effet, je vous demande de mettre en place le dispositif organisationnel édicté dès la réception de cette présente instruction, afin de permettre son opérationnalité au moment du lancement officiel de la campagne.

Dans cette instruction, sont définies les interventions dans la mise en œuvre de cette campagne ainsi que leurs missions.

**1. Les Directeurs de Santé et de la Population (DSP)**

Les Directions de la Santé et de la Population sont chargées de :

- élaborer un plan de mise en œuvre de la campagne de vaccination avant le 10 Octobre 2010 qui consiste à :
- identifier une équipe chargée de la coordination et du suivi au niveau de chaque wilaya.
- mettre en place la logistique en coordination avec les EPSP : identification des personnels ressources, des capacités de stockage, respect de la chaîne du froid, traçabilité, moyens nécessaires à la vaccination, centres vaccinateurs.
- estimer la population cible à vacciner par wilaya et par EPSP conformément aux populations cibles définies au point 7
- estimer le nombre de centres vaccinateurs nécessaires par EPSP en tenant compte de la population à vacciner
- faciliter la coordination entre les différentes structures chargées de la vaccination :
- procéder à l'évaluation globale de la wilaya, de cette campagne de vaccination : taux de couverture, effets indésirables, coûts.

**2. Les Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP)**

Les EPSP sont chargés de :

- désigner les centres de vaccination en collaboration avec les DSP :
- constituer les équipes vaccinatrices : estimation du nombre d'équipes vaccinatrices nécessaires en tenant compte de la population à vacciner :
- assurer la logistique à leur niveau en :
- vérifiant et organisant les capacités de stockage du vaccin
- organisant la distribution des moyens logistiques par centres vaccinateurs.
- vérifiant la chaîne du froid,
- assurant la traçabilité,
- mobilisant les moyens nécessaires à la vaccination : glacières et
- identifier les personnes à vacciner au niveau de leur territoire géographique.
- estimer le nombre de personnes à vacciner par centre vaccinateur
- évacuer cette vaccination par EPSP :
- nombre de personnes vaccinés par tranches d'âges, effets indésirables.
- nombre d'équipes mobilisées.
- moyens matériels utilisés, coût de la campagne

**3. Les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)**

Les EPH sont chargés d' :

- assurer un appui logistique à cette campagne par la mise en commun des moyens humains et logistiques avec les EPSP, notamment en matière d'équipes de vaccination, moyens de transport et de chaîne du froid.
- organiser la vaccination du personnel relevant de l'EPH.

**4. L'EHU d'Oran, les CHU, et les EHS**

Ces établissements sont chargés d'organiser la vaccination de leur personnel.

**5. Les Centres Vaccinateurs**

**5.1 Missions des centres vaccinateurs :**

Les missions consistent à :

- Faciliter l'accueil des personnes
- Vacciner la population cible dont ils ont la charge.
- S'assurer que les équipes vaccinatrices disposent des moyens nécessaires à la vaccination ; coton, produit antiseptiques, seringues, aiguilles, conteneurs d'aiguilles et de seringues usagées, glacières et icebox,
- S'assurer que les équipes vaccinatrices disposent des moyens nécessaires à l'enregistrement des actes vaccinaux ; registres, carnets de vaccinations, certificats, support d'évaluation, support pour l'enregistrement des effets secondaires.
- Organiser le centre afin d'optimiser la réception de la population, le travail des équipes vaccinatrices et l'enregistrement des actes vaccinaux.

Les centres vaccinateurs doivent être identifiés en fonction de la population cible à vacciner, il s'agit principalement des ;

- Polycliniques

- PMI
- Unités de vaccinations des SEMEP

## **6. L'équipe vaccinatrice**

### **6.1-Composition de l'équipe vaccinatrice**

L'équipe vaccinatrice doit se composer obligatoirement :

- D'un médecin
- D'un agent administratif pour les démarches d'enregistrement
- De deux ou trois agents vaccinateurs selon l'importance de la population cible à vacciner.

### **6.2Missions de l'équipe vaccinatrice**

Les missions de l'équipe vaccinatrice consistent à :

- Effectuer un examen médical avant l'acte
- Réaliser l'acte vaccinal
- Enregistrer l'acte vaccinal

Cette équipe doit disposer de matériel nécessaire à l'examen avant l'acte vaccinal , à l'enregistrement de cet acte et à la prise en charge d'éventuels effets secondaires.

## **7. Les populations cibles prioritaires**

Les populations cibles prioritaires pour lesquelles cette vaccination est recommandée durant cette campagne sont :

- Les personnes âgées de 65 ans et plus
- Les personnes (adultes et enfants) présentant une pathologie chronique telles que :
  - Cardiopathie
  - Affection pulmonaires
  - Affection métaboliques : diabète, obésité
  - Affection rénale
  - Immunodéficience acquise ou congénitale, notamment les patients transplantés ou néoplasie sous jacente ou infection par le VIH ou encore asplénie
  - Drépanocytose
  - Les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de la grossesse
  - Les personnels de santé
  - Les pèlerins

J'attache une importance particulière à l'application de cette instruction et vous demande de me tenir informé de toute éventuelle difficulté ou contrainte rencontrée dans sa mise en œuvre.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات  
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Direction de la Prévention

NOTE

<b>Destinataires</b>	-Madame la Directrice Générale de l'Institut National de Santé Publique	Pour information
	-Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie.	Pour information
	-Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population	Pour exécution, diffusion et suivi
	en communication aux :	
	*Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)	pour exécution
	*Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP)	pour exécution
	*Messieurs les Directeurs des EHS	
	-Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran	pour exécution
	-Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux de CHU	pour exécution
		pour exécution

**Objet** : Réactivation du dispositif de prise en charge des cas de grippe compliquée

**Réf** : Note N° 16 du 21 Janvier 2004 relative à la prise en charge des cas de pneumopathie aigue

En rapport avec la saison hivernale correspondant à une intense activité grippale , et conformément aux recommandations de l'organisation Mondiale de la Santé et celles du Comité National de lutte contre la grippe , je vous demande de réactiver le dispositif de surveillance et de prise en charge des cas de grippe compliquée, en prenant les dispositions suivantes :

1/Veiller à la disponibilité d'au moins :

- 01 lit par service de pneumo-physiologie de maladies infectieuses ou de médecine interne
- 01 lit par service de pédiatrie
- 01 lit par service de réanimation
- 01 lit par maternité

2/ réactiver le dispositif de prise en charge des cas conformément à l'instruction n° 16 du 21 janvier 2004 qui consiste, notamment à :

- Hospitaliser et traiter rapidement les cas ; le recours à l'oseltamivir est recommandé.
- Effectuer un prélèvement selon la fiche technique figurant l'instruction et l'acheminer vers le Centre National de Référence de la grippe de l'IPA Sidi Fredj, avec une fiche de renseignements,
- Déclarer le cas le jour de l'hospitalisation

J'attache une importance particulière à l'exécution de l'ensemble des directives suscitées.

**Le Directeur de la Prévention**



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POULATION ET DE LA  
REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DE LA PREVENTION

**INSTRUCTION N° 425 /MSP/DP DU 16 AVRIL 2003  
RELATIVE AUX MESURES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE  
DES CAS DE SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SEVERE (SRAS)**

DESTINATAIRES :

Pour exécution	Pour information
- MM LES WALIS (DSP) - MM LES DIRECTEURS GENERAUX DES CHU - MM LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES (S/C des DSP) - MM LES DIRECTEURS DES EHS	- LES WALIS (Cabinet) - LES DIRECTEURS DE L'ADMINISTRATION CENTRALE

**REFERER :** Décret N° 85-231 du 25/08/1985 fixant les conditions d'organisation et de mise en œuvre des interventions en cas de catastrophe ou d'événement exceptionnel.

**P.J :** Annexes A1, A2, B, C

L'objectif de la présente instruction est de définir les principales mesures de prévention et de prise en charge du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), d'identifier les moyens humains et matériels et de mettre en place un dispositif organisationnel fondé sur les connaissances et les techniques actuellement admises dans le domaine.

Conduite à tenir en cas de suspicion d'un SRAS

**1-1- Au cours de vols aériens :**

Si pendant un vol, un cas suspect est déposé, c'est à dire un passager qui a séjourné dans un pays classé à haut risque par l'organisation Mondiale de la Santé (Chine, Hongkong, Taiwan, Hanoi et Canada) ou bien ayant été en contact d'un malade de SRAS et qui présente des signes cliniques évocateurs de SRAS, il convient prendre les mesures suivantes :

- Le commandant de bord informe le responsable de l'aéroport de destination, du cas suspecté, lequel communique l'information au service du contrôle sanitaire aux frontières.
  - Le service du contrôle sanitaire aux frontières alerte le service de maladies infectieuses désigné pour prendre en charge le malade (Annexe A1) et informe le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière de la suspicion du cas (Annexe A2).
  - Faire mettre un masque au passager signalé, ce masque devra être changé toute les trois heures ou autant de fois que nécessaire (c'est à dire chaque fois que le masque est visiblement mouillé).
  - Demander au personnel de bord s'occupant de ce passager de mettre un masque de protection respiratoire et une paire de gants en vinyle jetables.
  - Utiliser une solution hydro alcoolique (en flacon individuel) pour réaliser une friction désinfectante des mains avant et après tout contact avec le passager.
  - Recommander de faire porter aux autres passagers un masque de protection respiratoire.
  - Recueillir les déchets ou tout objet (masques, mouchoirs...) qui auraient pu être en contact rapproché avec ce passager, dans des sacs en plastique hermétiquement fermés destinés à l'incinération dès que possible.
  - Seule l'équipe médicale du service de contrôle sanitaire aux frontières munie de masque de protection respiratoire est autorisée à se rapprocher du passager signalé qui devra être débarqué en dernier.
- Au cours de l'évacuation du passager, le personnel en contact avec le cas suspect doit obligatoirement porter le masque de protection respiratoire.
- La manipulation des bagages en soute doit se faire avec des gants.
- Nettoyer puis désinfecter l'ensemble des surfaces des toilettes notamment les robinets et les poignées.
- De la médecine du travail du secteur sanitaire :
- De sensibiliser les travailleurs dont le séjour date de moins de 10 jours de se présenter à la consultation en cas d'apparition de symptômes suspects.
  - Faire mettre un masque au malade en cas de suspicion de maladie.
  - D'informer le service de référence des maladies infectieuses pour l'hospitalisation et le SAMU ou la protection civile pour l'évacuation.

Transfert sanitaire du lieu de dépistage à l'hôpital

**2-1- Protection de l'équipe**

L'objectif est de ne pas rentrer en contact avec les sécrétions respiratoires et les liquides organiques. A cet égard, le chauffeur ne doit pas revêtir une tenue spécifique, sauf en cas d'intervention impérative auprès du patient.

**L'équipe au contact du patient doit se munir de :**

- Masque de protection de type respiratoire
- Lunettes individuelles de protection
- Une paire de gants à usage unique .Une deuxième paire doit être mise par le personnel soignant lors des actes directs au patient et renouvelée à chaque activité.
- Port de sur blouse à usage unique en cas de contact avec le patient.

**Tenue de patient :**

- Masque chirurgical
- Sur blouse à usage unique.

## **2-2- Protection du matériel et du véhicule :**

Doubler les sacs poubelles pour les déchets et les déjections liquides. Retourner les bords vers l'extérieur pour le remplissage. Utiliser exclusivement du linge à usage unique (équipement individuel, draps et couverture aluminium – type couvertures de survie-change et allées) qui sera incinéré.

Préparer le matériel en quantité suffisante avant de prendre en charge le malade pour éviter la contamination de l'environnement et des surfaces au cours du transfert. Retirer du véhicule tout ce qui n'est pas indispensable pour le transport de ce malade.

Protéger le matériel non utilisé pour le patient, qu'il soit fixé ou non à la paroi de l'ambulance (notamment le respirateur avec des couvertures en aluminium (type couverture de survie).

### **3-2-3- Transport**

Pas de prélèvement biologique au cours du transport.

Le chauffeur évite si possible le contact avec le malade et reste au volant.

L'infirmier ou l'autre ambulancier reste dans la cellule sanitaire pendant le transport et jusqu'au retour à la base pour éviter la contamination de la cabine Celle-ci sera quand même nettoyée et désinfectée au retour à la base.

### **3-2-4- Dans le service receveur**

Après avoir transféré le patient, les personnels chargés des soins mettent les protections utilisées dans le véhicule dans le contenant à déchets puis ferment ce dernier. Ils les placent dans un conteneur rigide mis à disposition dans l'unité des soins recevant le patient, ainsi que leur tenue de protection. L'ensemble suivra la filière des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI).

Il est ensuite procédé à une pulvérisation de spray détergent désinfectant à l'intérieur du véhicule.

### **3-2-5- A la base**

Ne pas rentrer l'ambulance dans le garage

Mettre une paire de gants à usage unique.

Mettre un tablier plastique à usage unique.

Nettoyer puis désinfecter avec produit détergent- désinfectant (2applications successives) l'ensemble des surfaces intérieures et l'extérieur des poignées.

Présence de souillures biologiques visibles, réaliser ensuite une désinfection à l'eau de javel fraîchement diluée au 1/10<sup>ème</sup>

NB : Le produit détergent – désinfectant peut varier selon les habitudes ou les pratiques locales.

### **3-2-6- Déchets**

Tous les déchets seront évacués par le circuit des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) de l'établissement qui reçoit le patient pour incinération.

## **3- Prise en charge médicale d'un cas de SARS (Annexe C)**

### **3-1 Mesures d'isolement**

#### **3-1-1- Locaux d'isolement**

Isolement en chambre individuelle, en pression négative de préférence avec un renouvellement d'air.

La porte est maintenue fermée

En l'absence de chambres individuelles disponibles, on peut regrouper des cas probables dans une même chambre.

S'il existe un système de climatisation l'éteindre (soit au niveau de la chambre si climatisation individuelle, soit au niveau central). La chambre doit être ventilée par une ouverture régulière des fenêtres, en maintenant la porte fermée.

#### **3-1-2- Matériels**

Les dispositifs médicaux (Annexe B) doivent être à usage unique ou réservés exclusivement au patient par ex : garrot, stéthoscope...) si de tels dispositifs n'existent pas à usage unique.

En l'absence de disponibilité de tels dispositifs individualisés, les dispositifs médicaux réutilisables doivent être nettoyés, puis stérilisés ou désinfectés entre deux patients, selon le niveau de traitement requis par ces dispositifs.

L'usage prioritaire de matériel de sécurité pour tous les prélèvements et actes à risque d'accident avec exposition au sang est rappelé.

Les dispositifs médicaux à usage unique introduits dans la chambre du patient, mais non utilisés, seront éliminés tels quels par incinération.

#### **3-1-3- Tenue du Personnel**

Pour toute personne entrant dans la chambre, quelque soit le motif, porter obligatoirement une tenue de protection, composée de :

Port de blouse à usage unique en cas de contact avec le patient, ou avec les surfaces ou matériels pouvant être contaminés, ou en cas de risque de projection de liquides biologiques.

Masque de protection de type respiratoire, avant l'entrée dans la chambre.

Lunettes individuelles de protection systématiques.

Une paire de gants à usage unique avant d'entrer dans la chambre. Une deuxième paire doit être mise par le personnel soignant lors d'actes directs au patient. Cette deuxième paire doit être renouvelée à chaque activité.

A la sortie de la chambre

La blouse, puis la deuxième paire de gants sont ôtées avant de sortir.

A l'extérieur de la chambre, le masque, puis la paire de gants restant sont ôtés.

#### **3-1-4- Hygiène des mains après sortie de la chambre**

Lavage des mains après avoir ôté le masque et les gants.

Lavage soigneux avec un savon antiseptique ou désinfection par friction avec une solution hydro-alcoolique, en l'absence impérative de souillures visibles ou de poudre (gants) sur les mains.

#### **3-1-5- Lingerie**

Utiliser exclusivement du linge à usage unique (équipement individuel, draps et couvertures aluminium type couverture de survie-changes et alèses) qui sera conditionné dans la chambre en évitant tout mouvement intempestif à risque d'aérosolisation des sécrétions puis incinéré.

#### **3-1-6- Vaisselle**

Traitement habituel.

#### **3-1-7- Entretien des locaux**

Nettoyage – désinfection quotidienne des surfaces selon protocoles usuels.

En application des précautions standards, un nettoyage suivi d'une désinfection à l'eau de javel diluée à 1/10<sup>ème</sup> doit être immédiatement réalisé en cas de souillure biologique visible.

### 3-1-8- Déchets

Le tri et le conditionnement des déchets s'effectuent dans la chambre.

Utiliser des contenants adaptés à la filière des DASRI (déchets d'activité de soins à risque infectieux) pour les déchets et les déjections. Tous les déchets doivent être éliminés par la filière des paramètres.

Les patients convalescents devront être suivis et prendre leur température 2 fois par jours pendant 7 jours. En cas de repris de fièvre (38°C), ils devront être hospitalisés à nouveau. Pendant cette période de 7 jours, ils doivent rester à domicile et limiter leur contact avec autrui au minimum. Une consultation de contrôle est recommandée au bout d'une semaine pour contrôle de la radiologie pulmonaire. Cette période de 7 jours de suivi et d'isolement à domicile pourra être prolongée selon les résultats de la radiographie pulmonaire à 7 jours.

Le clinicien peut décider de revoir le patient plus tôt s'il le juge nécessaire. Le patient est revu jusqu'à la normalisation de sa radiographie pulmonaire et le retour de son état de santé à la normale.

Durant cette période le patient doit rester chez lui et avoir un minimum de contact. Il doit être informé sur la nécessité de contacter le service si son état s'aggrave et si d'autres symptômes se développent.

X

Annexes  
Annexe A1  
Annexe A2  
Annexe B  
Annexe C  
Annexe A 1

Coordonnées des services de maladies infectieuses des hôpitaux référents

<b>ALGER</b> Monsieur le Pr Amrane Monsieur le Pr Dif Monsieur le Pr Kaid Service des maladies infectieuses EHS El Hadi Flici, El Kettar Tel : 021.96.41.24/ 021.96.29.94 Fax : 021.96.48.77	<b>TLEMCEN</b> Madame le Pr Benchouk Service des maladies infectieuses CHU de Tlemcen Tel : 043.27.17.69 Fax : 043.27.12.32
<b>CONSTANTINE</b> Monsieur le Pr Aouati Monsieur le Pr Oubira Service des maladies infectieuses CHU DE Constantine Tel : 031.94.03.32/031.62.11.97 Fax : 031.94.03.32	<b>TIZIOUZOU</b> Monsieur le Pr Berkane Service des maladies infectieuses CHU DE TIZI OUZOU Tel : 026.21.13.16 Fax 026.21.71.04
<b>ANNABA</b> Monsieur le Pr Laouar Service des maladies infectieuses CHU : de Annaba Tel : 038.88.19.07 Fax : 038.86.66.85	<b>BATNA</b> Madame le Pr Tebbal Service des maladies infectieuses CHU de Batna Tel : 033.86.00.00 Fax 033.86.40.00
<b>ORAN</b> Monsieur le Pr Bellal Service des maladies infectieuses CHU d'Oran Tel : 041.41.22.83 Fax : 041.41.34.14	<b>BLIDA</b> Monsieur le Dr Mansouri Service des maladies infectieuses Secteur sanitaire de Boufarik Tel : 025.47.14.10 Fax : 025.47.14.11
<b>SETIF</b> Monsieur le Pr Lacheheb Service des maladies infectieuses CHU Tel : 036.92.23.13 Fax : 036.92.23.13	<b>SIDI BELABBES</b> Monsieur le Dr Merad Service des maladies infectieuses CHU Tel : 048.56.49.92 Fax : 048.54.42.89

### Annexe A2

Coordonnées des Responsables à contacter au Ministère

<b>Cabinet</b> Monsieur le Chef de Cabinet Tel : 021.27.87.66 021.27.92.11 021.27.96.78 fax : 021.27.96.41	<b>Direction de la Prévention</b> Monsieur le Directeur de la Prévention Tel : 021.27.98.03 021.27.93.34 021.27.76.79 021.27.98.15 fax 021.27.97.64 021.27.93.34
<b>Secrétaire Général</b> Mme la Secrétaire générale Tel : 021.27.99.80 021.27.96.80 021.27.98.53 fax 021.27.91.94	<b>Direction des Services de Santé</b> Monsieur le Directeur des services de santé Tel : 021.27.96.84 021.27.97.88 fax : 021.79.96.90

**Annexe B**  
**Fiche technique**

Dispositifs médicaux pour la prise en charge des cas suspects de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

1. Tenue de protection du personnel susceptible d'entrer en contact avec un cas suspect de SRAS :

Blouse à usage unique  
Masque de protection de type respiratoire  
Lunette individuelle de protection  
Paire de gants  
Sur blouse à usage unique  
Sur chaussure.

2. Tenue du patient

Masque chirurgical  
Sur blouse à usage unique

3. Autres matériels

Couverture en aluminium (type couverture de survie) pour le transport sanitaire du malade.  
Drap à usage unique  
Détergent / désinfectant  
Sac à déchets.

## Annexe C Fiche technique

Prise en charge médicale d'un cas de SRAS

2.1 - Prise en charge par le service de maladies infectieuses (ou en cas échéant de pneumo phthisiologie ou de médecine interne).

Placer le patient dans un secteur protégé du service appelée zone A, situé au fond du service

Réaliser un premier SAS appelée zone intermédiaire

Le personnel doit observer les consignes suivantes :

- Dans la zone intermédiaire, le personnel revêt en respectant cet ordre : le masque, la sur blouse, la charlotte, les sur chaussures, la première paire de gant.

- Avant d'entrer dans le SARS de la zone A, le personnel revêt en plus en respectant cet ordre, la deuxième blouse, les lunettes de protection et la deuxième paire de gant.

- En sortant de la chambre :

- Dans le SAS : Déposer dans le sac jaune e respectant cet ordre : les sur chaussures, les gants, la sur blouse, les lunettes seront immergées immédiatement dans la solution DD.

\* Dans la zone intermédiaire : Retirer en respectant cet ordre; le masque, les gants et la sur blouse.

Les seules personnes autorisées à entrer dans la chambre sont : le médecin, l'infirmière et l'aide soignante.

L'entretien de la chambre est assuré par l'aide soignante avec du matériel UU.

Le matériel est incinéré sinon désinfecté avec détergent

Conditions de prélèvements et d'analyse

Le personnel médical assure sa protection pour réaliser le prélèvement et l'examen clinique avec le port d'un masque, de lunettes et de gants jetables.

Le laboratoire doit être prévenue de la présence de prélèvements provenant de cas suspect ou probable de SRAS et de veiller à la stricte application des précautions standard.

Prélèvements sanguins : prélever deux tubes secs de sang et les placer dans un conteneur hermétique.

Prélèvements naso-pharyngés : A faire après les résultats de la numération formule sanguine. Il doit être fait avec un kit de prélèvement de virus respiratoire (voir avec IPA d'Alger).

Après prélèvement ; éliminer le matériel partiellement contaminant dans les récipients prévus à cet effet, en enlevant dans l'ordre suivant le masque, les gants (les mettre dans le conteneur) et les lunettes.

Laver les mains et les lunettes avec du savon.

Radiographie au lit d'un malade suspect d'un SARS

Respecter les mêmes procédures d'entrée, complétée par les mesures suivantes : trois sacs plastiques pour la cassette avant d'entrée en réanimation.

Après la réalisation du cliché.

Dans le SAS : ôter un gant, puis avec la main qui contient le gant propre, saisir la cassette avec l'emballage propre, ensuite déposer le deuxième gant et la sur blouse dans le sac à ordure.

En dehors du SAS .Enlever les lunettes de protection, les tremper dans la solution DD, le masque, la charlotte, la protection de la plaque, les sur chaussures, les gants et la sur blouse et nettoyer la cassette.

A la sortie du service : enlever le masque canard

Au retour dans le service de radiologie et avant le développement du film pulvériser le DD, sur la cassette et laisser agir 15 mn.

Après le développement, réemballer la cassette (la même) à l'aide de trois protections plastifiées.

Hygiène des mains

Lavage classique, plus solution antiseptique

2- Par le service de réanimation

Placer la personne dans un secteur protégé du service appelée Zone A, dans une chambre avec SAS.

Le personnel doit observer les consignes suivantes :

Avant d'entrer dan la zone A : Mettre le masque canard.

Une fois dans la zone A : Mettre la première sur blouse, la charlotte, le masque, les sur chaussures, la première paire de gant.

Dans le SAS, avant d'entrer dans la chambre : mettre la deuxième sur blouse, les lunettes de protection, la deuxième paire de gant.

En sortant de la chambre

Dans le SAS : Déposer dans le sac jaune, la première paire de gant et la sur blouse.

**A propos de la Grippe Aviaire**

La grippe aviaire ou grippe du poulet, est une maladie infectieuse virale qui touche la volaille: poulet, dinde..., les oiseaux de compagnie: perroquet, perruche, canari....., les oiseaux sauvages, les chevaux et les porcs.

Elle sévit actuellement dans certains pays d'Asie:

Vietnam Thaïlande, Corée du Sud, Japon, Taiwan, Cambodge, Indonésie, Laos, Pakistan, Hong Kong, Chine.

Elle se transmet à l'homme très rarement, après un contact étroit, répété et prolongé avec les déjections et les sécrétions respiratoires d'animaux infectés vivants ou morts.

Les personnes les plus touchées sont le personnel de santé.

Les voyageurs qui se rendent dans les régions du monde touchées, doivent suivre scrupuleusement ses conseils:

- Eviter tout contact avec des volailles ou volatiles, vivants ou morts et notamment leurs déjections.
- Eviter les emplacements où se concentrent volailles et volatils; marchés, lieux d'élevages.
- Eviter la consommation de produits alimentaires dérivés de la volaille, crus ou peu cuits.
- Se laver les mains régulièrement.
- Respect strict de l'interdiction d'introduire tout type de volatiles de compagnie: perroquet, canari perruche.... , et produits dérivés: Préparations culinaires, dans notre pays.

**VCI OFF ALGER N° 7 LE 09 JUIL .2005**

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE  
DIRECTION PREVENTION**

**A  
DSP TOUS**

**OBJET : VACCINATION ANTI GRIPPALE SAISONNIERE**

**TEXTE N° 733**

DEVANT LA CRAINTE DE LA MENACE D'UNE PANDEMIE DE GRIPPE HUMAINE D'ORIGINE AVIAIRE. UN PLAN NATIONAL INTERSECTORIEL DE LUTTE CONTRE CETTE MENACE EST EN COURS D'ELABORATION AU NIVEAU DE LA DIRECTION DE LA PREVENTION PARMIS LES ACTIONS A ENTREPRENDRE DANS CE DISPOSITIF DE LUTTE. LA VACCINATION ANTI GRIPPALE SAISONNIERE EST LA PLUS URGENTE. POUR CELA, JE VOUS DEMANDE DE ME TRANSMETTRE DANS LES MEILLEURS DELAIS ET CE POUR PERMETTRE D'EVALUER LE COUT DE CETTE OPERATION :

- LE NOMBRE DE PERSONNES AGEES DE PLUS DE 65 ANS DE VOTRE WILAYA
- LE NOMBRE DE PERSONNES SOUFFRANT DES PATHOLOGIES SUIVANTES :
  - DIABETE INSULINO DEPENDANT OU NON INSULINO DEPENDANT NE POUVANT ETRE EQUILIBRE PAR LE SEUL REGIME (DIABETE DE TYPE I ET DE TYPE II)
- INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE QUELLE QUE SOIT LA CAUSE
  - ASTHME PERSISTANT
  - ACCIDENT VASCULAIRE CERBRAL INVALIDANT
  - NEPHROPATHIE CHRONIQUE GRAVE ET SYNDROME NEPHROTIQUE PRIMITIF
  - FORMES GRAVES D'UNE AFFECTION NEUROMUSCULAIRE (DONT LA MYOPATHIE)
  - MUCOVISCIDOSE
- INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE, TROUBLES GRAVES DU RYTHME, CARDIOPATHIE VALVULAIRES GRAVES, CARDIOPATHIES CONGENITALES GRAVES.
- DEFICIT IMMUNITAIRE PRIMITIF GRAVE NECESSITANT UN TRAITEMENT PROLONGE,
- INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (SIDA)
- DREPANOCYTOSE HOMOZYGOTE
- AUTRES AFFECTIONS CHRONIQUES : HEPATOPATHIES D'ORIGINE VIRALE.....

URGENCE SIGNALEE  
CORDIALES SALUTATIONS

STOP ET FIN  
**SIGNE PR. F. BELATECHE**

**COMMUNIQUE DE PRESSE N 1**

**EPIDEMIE DE GRIPPE PORCINE**

***Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme***

***Hospitalière prend les mesures préventives nécessaires***

Face aux cas de grippe porcine signalés dans certains pays notamment au Mexique et aux Etats-Unis d'Amérique et au regard du fait qu'il s'agit d'un problème de santé publique qui pourrait devenir de portée internationale, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière a mis en place un comité *ad hoc* chargé de suivre l'évolution de la situation de cette maladie infectieuse au niveau international et de proposer les mesures à prendre au niveau national en termes de surveillance, de prévention et de dispositif de lutte.

Bien que l'évolution actuelle de cette épidémie semble réduire le risque d'une extension mondiale pouvant toucher notre pays, le comité a pris sur la base du principe de précaution un certain nombre de mesures urgentes relatives à la surveillance épidémiologique et de préparation à la mobilisation, si nécessaire et en fonction de l'évolution épidémiologique internationale, du dispositif de lutte contre de pareilles maladies.

Il est à signaler que les moyens nécessaires à la lutte contre cette épidémie sont disponibles en Algérie et que tout en restant sereins, toutes les mesures nécessaires seront prises au moment opportun.

## **EPIDEMIE DE GRIPPE PORCINE COMMUNIQUE DE PRESSE N 2**

### **L'Algérie passe en phase 5**

Suite à l'évolution de la situation épidémiologique de l'épidémie de grippe humaine d'origine porcine A/H1N1, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) informe que conformément aux dispositions du plan national de préparation à une pandémie de grippe humaine d'origine porcine, il a été décidé mercredi 28 avril 2009 de mettre en œuvre les mesures sanitaires prévues au titre de la phase 5 qui correspond, selon la terminologie de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à une transmission interhumaine du virus dans un grand groupe de cas, à une propagation élargie d'un virus qui s'adapterait de mieux en mieux à l'homme et à un risque pandémique important.

Les mesures sanitaires décidées sont celles qui correspondent à notre situation sanitaire nationale actuelle caractérisée par l'absence de cas en Algérie. L'objectif de ces mesures sanitaires est de :

- Limiter les risques d'importation du nouveau virus en Algérie.
- Détecter le plus précocement possible l'arrivée sur le territoire des premiers cas d'infection humaine pour mettre en place les premières mesures et stopper ou ralentir la transmission locale

A cet effet, les mesures nécessaires ont déjà été mises en œuvre.

Les nouvelles mesures sanitaires décidées en appui aux recommandations du comité d'experts installé par le MSPRH, qui viennent ajouter aux mesures déjà en place, et dont la mise en œuvre se fait à tous les échelons sous la coordination du comité intersectoriel sont :

- Le renforcement des mesures de surveillance avec déclenchement si nécessaire d'enquêtes épidémiologiques par les services concernés du Ministère de la Santé afin d'identifier la chaîne de transmission et de prendre les mesures de contrôle les plus adaptées : mesures de prophylaxie et d'isolement.
- la prise en charge médicale de chaque cas au niveau de la structure de santé de proximité sur la base des éléments suivants :
- Pratique systématique des prélèvements virologiques nécessaires et suivi par l'équipe médicale d'intervention préalablement identifiée et dotée de tous les moyens de protection nécessaires.
- En cas d'hospitalisation, recours à un transport sécurisé par ambulance équipée au niveau de la structure de santé de référence
- Mise en œuvre précoce du traitement antiviral et des soins nécessaires selon les protocoles arrêtés.

A cet égard, tous les services de contrôle sanitaire aux frontières (ports, aéroports et voie terrestre) sont en alerte pour identifier tout cas suspect et des prospectus d'information sont distribués aux passagers arrivant en Algérie ou quittant le territoire national.

Par ailleurs, des quantités supplémentaires du traitement antiviral et des masques de protection ont été commandées à des producteurs locaux.

Il est à rappeler que les mesures déjà en vigueur depuis le 25 avril 2009 ont permis la mise en œuvre immédiate du dispositif phase 5. Il s'agit notamment de la mise à niveau des connaissances concernant ce nouveau virus, le renforcement de la disponibilité du traitement antiviral et des équipements de protection ainsi que la mobilisation de tous les intervenants concernés.

Tout en restant serein et en toute responsabilité, le Ministère de la Santé insiste sur le nécessaire respect des règles d'hygiène (notamment le lavage régulier des mains avec du savon de préférence liquide ou une solution antiseptique) et pour les voyageurs obligés de se rendre dans une région touchée par ce virus de se conformer aux recommandations sanitaires émises par le pays d'accueil.



**GRIPPE HUMAINE D'ORIGINE PORCINE**

**COMMUNIQUE SPECIAL N° 3**

**(30 avril 2009)**

Les données de la surveillance et l'analyse de la situation épidémiologique montrent que des cas de grippe humaine d'origine porcine sont déclarés dans 28 pays touchant ainsi les cinq continents.

Le Gouvernement Algérien à l'instar des autorités d'autres pays et conformément aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, a décidé, sur proposition d'experts nationaux, de relever le niveau d'alerte à la phase cinq (05), sur une échelle de six, ce qui correspond à l'état d'alerte sanitaire.

Cette phase signifie qu'il y a transmission interhumaine dans un grand groupe de cas et propagation d'un virus qui s'adapterait de mieux en mieux à l'homme, virus dont la transmissibilité ne serait pas complète avec un risque de pandémie importante.

Les efforts seront portés au maximum à l'effet d'endiguer ou retarder la propagation de la maladie, éviter la pandémie et préparer dans l'intervalle la mise en œuvre des mesures permettant de faire face à cette pandémie.

Les mesures sanitaires décidées dans notre pays sont celles qui correspondent à notre situation sanitaire nationale actuelle caractérisée par des foyers de cas humains situés hors de l'Algérie. L'objectif de ces mesures sanitaires est de :

- Limiter les risques d'importation du nouveau virus en Algérie.
- Détecter le plus précocement possible l'arrivée sur le territoire des premiers cas d'infection humaine pour mettre en place les premières mesures et stopper ou ralentir la transmission locale

Les nouvelles mesures sanitaires décidées dans notre pays sont celles qui correspondent à une prévention nécessaire face à des foyers de cas humains signalés en dehors de l'Algérie, elles portent sur :

- Le renforcement des mesures de surveillance avec mise en œuvre notamment d'enquêtes épidémiologiques par les services concernés du Ministère de la Santé afin d'identifier la chaîne de transmission et de prendre les mesures de contrôle les plus adaptées : mesures de prophylaxie et d'isolement.
- la prise en charge médicale de chaque cas au niveau de la structure de santé de référence de proximité sur la base des éléments suivants :
- Pratique systématique des prélèvements virologiques nécessaires et suivi par l'équipe médicale d'intervention préalablement identifiée et dotée de tous les moyens de protection nécessaires.
- En cas d'hospitalisation, recours à un transport sécurisé par ambulance équipée au niveau de la structure de santé de référence
- Mise en œuvre précoce du traitement antiviral et des soins nécessaires selon les protocoles arrêtés.

A cet égard, tous les services de contrôle sanitaire aux frontières (ports, aéroports et voie terrestre) sont en alerte pour identifier tout cas suspect et des prospectus d'information sont distribués aux passagers arrivant en Algérie ou quittant le territoire national.

Par ailleurs, les autorités sanitaires nationales qui disposent déjà d'un stock suffisant en traitement antiviral (**six millions cinq cent mille boîtes**) et de moyens de protection (**seize millions de masques, neuf cent cinquante cinq mille lunettes de protection**....) veillent à renforcer autant que de besoin les moyens de défense nationaux.

Les autorités sanitaires nationales tiennent à souligner qu'à ce jour aucun cas n'a été signalé dans notre pays.

La population est invitée à suivre les recommandations édictées.

Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière assure que tous les moyens nécessaires pour faire face à cette situation sont d'ores et déjà mobilisés.

La population sera tenue informée de l'évolution de la situation en toute transparence. Aucun effort ne sera ménagé pour la protéger.

## **CONTROLE SANITAIRE AUX FRONTIERES**

### **Conduite à tenir devant une suspicion de grippe humaine d'origine porcine durant un vol**

#### **Au cours d'un vol aérien :**

Si pendant un vol, un cas suspect est dépisté, c'est à dire un passager qui a séjourné dans un pays classé à haut risque par l'Organisation Mondiale de la Santé ou bien ayant été en contact d'un malade atteint de grippe porcine et qui présente des signes cliniques évocateurs, il conviendrait de prendre les mesures suivantes :

- Le commandant de bord informe le responsable de l'aéroport de destination, du cas suspecté, lequel communique l'information au service du contrôle sanitaire aux frontières.
- Le service du contrôle sanitaire aux frontières alerte l'hôpital de référence pour prendre en charge le malade et informe le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière de la suspicion du cas.
- Faire mettre un masque au passager signalé. Ce masque devra être changé toutes les 3 h00 ou autant de fois que nécessaire
- Demander au personnel de bord s'occupant de ce passager de mettre un masque de protection respiratoire et une paire de gants en vinyle jetables. Utiliser une solution hydroalcoolique (en flacon individuel) pour réaliser une friction désinfectante des mains avant et après tout contact avec le passager.
- Recommander de faire porter aux autres passagers un masque de protection respiratoire.
- Recueillir les déchets ou tout objet (masques, mouchoirs...), qui auraient pu être en contact rapproché avec ce passager, dans des sacs en plastique hermétiquement fermés destinés à l'incinération dès que possible.
- Au cours de l'évacuation du passager, le personnel en contact avec le cas suspect doit obligatoirement porter le masque de protection respiratoire.
- La manipulation des bagages en soute doit se faire avec des gants.
- Nettoyer puis désinfecter l'ensemble des surfaces des toilettes notamment les robinets et les poignées.
- Ne pas passer l'aspirateur ni balayer avant le nettoyage désinfection.
- Aucune mesure particulière n'est recommandée pour le personnel n'ayant aucun contact rapproché avec les passagers à part les mesures générales d'hygiène et en particulier le lavage fréquent des mains.

**Remarques :**

- Le médecin se doit d'informer les passagers dont le séjour dans une région infectée date de moins de 5 jours de se présenter à la consultation médicale de la structure de santé la plus proche de leur domicile
- En cas d'absence de suspicion de grippe porcine au cours du vol et en dehors des mesures générales d'information des passagers en provenance de régions affectées par la grippe porcine sur les signes de la maladie, il n'y a pas lieu de prendre des mesures particulières.
- La liste des voyageurs doit être mise à la disposition du service de contrôle sanitaire aux frontières lorsqu'il est établi qu'au moins un voyageur provient des régions à haut risque.

**Transfert sanitaire du lieu de dépistage à l'hôpital**

**1- Protection de l'équipe**

L'objectif est de ne pas se mettre en contact avec les sécrétions respiratoires et les liquides organiques. A cet égard, le chauffeur ne doit pas revêtir une tenue spécifique, sauf en cas d'intervention impérieuse auprès du patient.

L'équipe au contact du patient doit se munir de :

- Masque de protection de type respiratoire
- Lunettes individuelles de protection
- Une paire de gant à usage unique. Une deuxième paire doit être mise par le personnel soignant lors des actes directs au patient et renouvelée à chaque activité
- Port de sur-blouse à usage unique en cas de contact avec le patient.

**2-Tenue du patient :**

- masque chirurgical
- sur-blouse à usage unique

**3- Protection du matériel et du véhicule**

- Doubler les sacs poubelles pour les déchets et les déjections liquides. Retourner les bords vers l'extérieur pour le remplissage.
- Utiliser exclusivement du linge à usage unique (équipement individuel, draps et couverture aluminium) qui sera incinéré.
- Préparer le matériel en quantité suffisante avant de prendre en charge le malade pour éviter la contamination de l'environnement et des surfaces au cours du transfert. Retirer du véhicule tout ce qui n'est pas indispensable pour le transport de ce malade
- Protéger le matériel non utilisé pour le patient, qu'il soit fixé ou non à la paroi de l'ambulance avec des couvertures en aluminium (type couverture de survie).

**Dans le service receveur**

Après avoir transféré le patient, les personnels chargés des soins mettent les protections utilisées dans le véhicule dans le contenant à déchets puis ferment ce dernier. Ils les placent dans un conteneur rigide mis à disposition dans l'unité des soins recevant le patient, ainsi que leurs tenues de protection. L'ensemble suivra la filière des déchets d'activité de soins à risque infectieux. Il est ensuite procédé à une pulvérisation de spray détergent – désinfectant à l'intérieur du véhicule.

**A la base**

- Ne pas rentrer l'ambulance dans le garage
- Mettre une paire de gants à usage unique
- Mettre un tablier plastique à usage unique
- Nettoyer puis désinfecter avec produit détergent-désinfectant (2 - applications successives) l'ensemble des surfaces intérieures du véhicule, notamment l'intérieur et l'extérieur des poignées.
- En présence de souillures biologiques visibles, réaliser ensuite une désinfection à l'eau de javel fraîchement diluée au 1/10<sup>ème</sup>.

**NB :** Le produit détergent-désinfectant peut varier selon les habitudes ou les pratiques locales.

**2-6 Déchets**

Tous les déchets seront évacués par le circuit des déchets d'activité de soins à risque infectieux de l'établissement qui reçoit le patient pour incinération.

Phase	Phase 5
<b>Définition OMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmission interhumaine dans un grand groupe de cas.</li> <li>• Propagation virale élargie d'un virus qui s'adapterait de mieux en mieux à l'homme mais dont la transmissibilité ne serait pas complète.</li> <li>• Risque pandémique important</li> </ul>
<b>Objectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porter au maximum les efforts pour endiguer ou retarder la propagation de la maladie et peut être, éviter la pandémie, et pour gagner du temps pour mettre en œuvre les mesures permettant de faire face à la pandémie.</li> </ul>
<b>Cas de figure N° 1</b>	Foyers des cas humains hors de l'Algérie
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limiter les risques d'importation du nouveau virus en Algérie.</li> <li>• Détecter le plus précocement possible l'arrivée sur le territoire des premiers cas d'infection humaine pour mettre en place les premières mesures et stopper ou ralentir la transmission locale.</li> </ul>
<b>Mesures sanitaires</b>	Les mêmes mesures citées en phase 4 seront appliquées
<b>Cas de figure N° 2</b>	Foyers de cas humains identifiés en Algérie
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détecter le plus précocement possible de nouveau cas d'infection</li> <li>• Ralentir la transmission locale</li> <li>• Contenir la progression du virus au niveau du ou des foyer(s) détecté(s)</li> </ul>
<b>Mesures sanitaires</b>	<p>En plus des mesures précédentes, il y a lieu d'entreprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclenchement de l'alerte, par le Ministère chargé de la Santé après l'aval des autorités politiques nationales, selon les données de la surveillance épidémiologique et l'analyse de la situation.</li> <li>• Mise en quarantaine de la localité, de la commune ou de la zone concernée.</li> </ul>

<b>Phase</b>	Phase 6
<b>Définition OMS</b>	Transmission accrue et durable dans la population générale
<b>Objectif</b>	Réduire au minimum les effets de la pandémie.
<b>Cas de figure N° 1</b>	L'Algérie n'est pas touchée
<b>Objectif</b>	Retarder l'introduction du nouveau virus Freiner sa diffusion
<b>Mesures sanitaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliser le Comité ad hoc et les comités de wilaya de la grippe humaine d'origine aviaire missionnés pour la grippe humaine d'origine porcine. Ces derniers devront recevoir toutes les directives et conseils sur la mise en œuvre des mesures recommandées.</li> <li>• Renforcer toutes les mesures de surveillance sur le plan épidémiologique.</li> <li>• Actualiser, au besoin, les protocoles relatifs au dépistage, à la prise en charge et</li> </ul>
<b>Cas de figure N° 2</b>	L'Algérie est touchée
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiner la diffusion du nouveau virus.</li> <li>• Assurer une prise en charge adéquate des patients.</li> </ul>
<b>Mesures sanitaires</b>	<p>En plus des mesures précédentes, les mesures sanitaires, lors de cette phase consistent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en alerte maximum l'ensemble des intervenants au niveau des instances</li> </ul>

Wilaya.

Appliquer selon le contexte et dans le cadre de l'action multisectorielle, les mesures de restriction des activités qui, outre, le contrôle

Wilaya.

- Appliquer selon le contexte et dans le cadre de l'action multisectorielle, les mesures de restriction des activités qui, outre, le contrôle voire la fermeture des frontières, visant notamment :
  - La restriction des déplacements (déplacements individuels, isolement, cordons sanitaires...)
  - La suspension des rassemblements de population et de toutes les manifestations culturelles, sportives, économiques
- La fermeture des crèches, des établissements scolaires et autres collectivités.

## INSTRUCTION N° 5

### A titre d'exécution :

- Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilaya
  - Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U.
  - Monsieur le Directeur Général de l'E.H.U. d'Oran
- Objet : Grippe humaine d'origine porcine

Compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique de la grippe humaine d'origine porcine, il vous est demandé de mettre vos services en conformité à la phase 5, cas de figure N°1 du dispositif préconisé dans le plan national de préparation à une pandémie de grippe humaine d'origine porcine.

J'attache la plus grande importance à l'application stricte, rigoureuse et sans faille quant à l'application de cette instruction.

Cette mise à niveau s'entend comme suit :

## *Plan National de Préparation à une Pandémie de Grippe Humaine d'origine Porcine*

### FICHE TECHNIQUE N° 1 SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

#### PRELEVEMENT VIRAL

#### Equipement de protection du soignant :

- Masque de protection respiratoire individuelle (type FFP2) ;
- Une paire de lunettes de protection ;
- Une paire de gants jetables non stériles ;
- Une casaque de protection ;
- Un sac pour le recueil des déchets (ex : masques, gants usagés,).

#### Kit de prélèvement :

- 02 écouvillons (pour prélèvement naso-pharyngé) ou sonde N-P, un écouvillon pour chaque narine ;
- Un milieu de transport viral (ne pas expédier des écouvillons secs) ;
- Tubes secs (pour la sérologie) ;
- Triple emballage normalisé ;
- Fiche de renseignement pour cas suspect de grippe aviaire ;
- Prévoir quelques masques chirurgicaux pour le patient en attendant les résultats si contact avec un tiers.

#### Acheminement et conservation :

- Le transport se fait à température ambiante si envoi immédiat ;
- Conservation à + 04°C si dans les 24-48 heures ;
- Si durée plus grande, congeler à très basse température (- 70°C).

#### Analyses effectuées :

- Tests au lit du patient : ou tests rapides (Kits prêts à l'emploi) ;
- Délai de réponse : 30 minutes ;
- Ecouvillonnage N-P : Immunofluorescence ;
- Tests Immuno-enzymatique ;
- Isolement / détection ;
- RT-PCR ;
- Délai de réponse : 03 à 15 jours ;
- Prélèvement sanguin : Sérologie ;
- 02 prélèvements de 03 à 04 semaines d'intervalle : S1/S ;
- délai de réponse : 45 jours à partir de S1.

**SYSTEME SPECIAL DE SURVEILLANCE, DE NOTIFICATION ET  
D'INTERVENTION**

**- EPIDEMIE DE GRIPPE HUMAINE D'ORIGINE PORCINE-**

**Objectifs de la surveillance :**

L'objectif général de la surveillance est :

D'assurer une détection précoce des cas de grippe humaine A/H1N1 afin d'intervenir rapidement et interrompre la chaîne de transmission interhumaine.

Les objectifs spécifiques sont :

- $\frac{3}{4}$  Connaître les caractéristiques épidémiologiques de l'infection à A/H1N1 à tout moment et dans toutes les wilayas siège d'un port ou aéroport international.
- $\frac{3}{4}$  Identifier les cas suspects, du fait d'un séjour en zone infectée ou d'un contact avec un sujet infecté.
  - $\frac{3}{4}$  Proposer les actions de prévention spécifiques.

**Organisation de la surveillance :**

- 9 Mise en place d'une surveillance sentinelle au niveau de toute wilaya siège d'un port ou aéroport international.
- 9 Centralisation de toutes les déclarations des gripes par les structures de santé publiques, parapubliques et privées de ces wilayas, au niveau de la DSP.
- 9 Le SEMEP territorialement compétent est tenu d'initier une investigation épidémiologique autour du cas déclaré.

**Conduite à tenir par le CSF en cas de suspicion de grippe :**

Tout voyageur qui a séjourné dans un pays classé à haut risque par l'OMS ou bien ayant été en contact d'un malade qui présente des signes cliniques évocateurs de grippe doit se présenter au personnel du contrôle sanitaire aux frontières du port ou de l'aéroport.

Dans ces 2 cas de figure, le médecin du CSF doit :

- remplir la fiche technique de déclaration jointe en annexe d'un cas suspect de grippe A/H1N1 ;
- examiner le malade ;
- adresser le malade, avec la fiche technique, aux services référents désignés pour la prise en charge des malades (maladies infectieuses, pneumo-phtisiologie, médecine interne, réanimation) ;
- informer la DSP du cas suspect qui doit le déclarer immédiatement à l'INSP et à la Direction de la Prévention ;
- le service référent doit déclarer à l'INSP et à la Direction de la Prévention les cas confirmés ainsi qu'au SEMEP de l'hôpital de référence.

En cas d'absence de signalement d'un cas de grippe A/H1N1 :

- En dehors des mesures générales d'information des passagers en provenance de zones déclarées infectées, il n'y a pas lieu de prendre des mesures particulières en dehors du respect des règles d'hygiène élémentaires comme le lavage et la désinfection régulière des mains et de consulter au moindre signe clinique de grippe.

DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION DE :  
WILAYA DE :

**Déclaration d'un cas suspect de grippe humaine A/H1N1**

à ne remplir que si le voyageur présente un syndrome respiratoire ou des signes cliniques d'une grippe banale (hors saison) : fièvre, toux, écoulement nasal, douleurs articulaires ou syndrome respiratoire grave

IDENTIFICATION PATIENT

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance /\_\_ /\_\_ /\_\_  
/\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ Sexe M /\_\_ / F /\_\_ /

Adresse domicile : ..... Commune .....  
Wilaya .....

DATE CONSULTATION /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_

DATE APPARITION DES PREMIERS SIGNES /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_

ZONE DE SEJOUR ANTERIEUR (pendant les 7 jours avant le début des signes) :  
.....

EXPOSITION A LAQUELLE A ETE SOUMISE LA PERSONNE /

- est revenue d'une zone touchée par la grippe humaine A/H1N1 - a eu un contact proche avec cas humain possible ou confirmé

Signature du médecin responsable du CSF



**STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE INITIALE (à remplir par le service de référence) :**

Etablissement de santé : .....

Adresse : .....  
.....

Commune ..... Wilaya :..... Médecin traitant :  
.....

Spécialité :.....

Nom, Prénom du Médecin :

Date

**FICHE TECHNIQUE N° 3**

**Conduite à tenir devant une suspicion  
de cas de grippe humaine d'origine porcine**

**1- Reconnaître le cas :**

Le diagnostic doit être évoqué devant toute personne présentant :

- Soit un syndrome respiratoire aigu bénin à modéré avec des :
  - Signes généraux : fièvre supérieure à 38°C avec courbatures ou asthénie
  - Signes respiratoires : toux et/ou dyspnée
- Soit un syndrome respiratoire fébrile avec détresse respiratoire aiguë et qui dans les 7 jours avant le début des signes a :
  - Soit séjourné dans une zone touchée par la grippe humaine d'origine porcine
  - Soit ayant eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé dans les 24H avant le début des signes.

**2- Mettre en place immédiatement les mesures de protection** (voir FT)

**3- Procéder à l'identification des sujets contacts**

**4- Déclarer le cas immédiatement à la Direction de la Santé et de la Population**

**5- Assurer le transfert du cas** vers le service de référence préalablement avisé, dans un transport sécurisé et en empruntant un circuit avec accès isolé dans l'en ceinte de l'hôpital, selon le dispositif de la grippe humaine d'origine aviaire

**6- Procéder immédiatement, dès l'hospitalisation du cas :**

- à l'isolement
- au prélèvement virologique avant tout traitement
- à la mise en route du traitement thérapeutique spécifique et symptomatique.

Le traitement spécifique consiste en l'administration de l'Oseltamivir ou Tamiflu :

- le plus tôt possible et au plus tard dans les 48H suivant l'apparition des premiers signes,
- pendant 5 jours,
- selon les posologies indiquées dans le tableau :

Enfants de 1 à 12 ans		> à 13 ans et adultes
< 15 kg	¡ 30 mg x 2/j	75 mg x 2/j
> 15 kg	¡ 45 mg x 2/j	
> 23 à 40 kg	¡ 60 mg x2/j	
> 40 kg	¡ 75 mg x 2/j	

Le traitement symptomatique sera adapté en fonction de l'état clinique du patient.

**FICHE TECHNIQUE N° 4**

**1. MESURES BARRIERES PREVENTIVES POUR LA GRIPPE HUMAINE  
D'ORIGINE PORCINE**

Les stratégies préventives efficaces reposent sur les précautions d'hygiène standard et les mesures « barrières. », l'utilisation rationnelle des traitements antiviraux.

Les mesures barrières peuvent être utilisés seuls ou combinés, chaque mesure ayant une efficacité appropriée dans la réduction du risque de transmission.

L'efficacité et l'utilisation de ces différents moyens, hormis les mesures d'hygiène qui doivent être systématiques, sont fortement dépendantes de l'exposition, de la place des personnes dans la chaîne de transmission, du respect des modalités de mise en œuvre ou d'utilisation, ainsi que de leur disponibilité.

En fonction de ces paramètres, des priorités doivent être définies en vue d'obtenir une meilleure efficacité. L'efficacité des mesures barrières dépend avant tout d'un bon niveau d'information et de formation afin de garantir une utilisation conforme et un bon niveau d'adaptation, en particulier pour le port de masques protecteurs dont l'efficacité est prouvée quand leur utilisation est conforme.

**Transmission du virus**

Le virus grippal d'origine porcine se transmet par voie aérienne, notamment par l'intermédiaire des gouttelettes respiratoires émises lors des accès de toux. La distance de sécurité admise : **2 mètres**.

Par ailleurs, le virus se trouve sur les mains des malades, des soignants et sur des surfaces inertes que ce soit à domicile ou dans une structure de santé.

Les mesures barrières sont l'ensemble des mesures faisant barrière à la diffusion du virus grippal connu ou présumé, à partir d'une source d'infection, qu'il s'agisse d'une personne infectée ou de son environnement immédiat, pour éviter sa transmission à des individus non infectés et non porteurs mais réceptifs.

**Les critères permettant de définir les facteurs de risque d'exposition majeure**

Proximité de moins de 2 mètres d'une personne malade;

Densité de personnes dans ce rayon de proximité;

Proportion de personnes infectées ou d'agents infectieux dans ce rayon de proximité; Confinement;

Absence de rotation des personnes dans ce rayon auxquels s'ajoutent des facteurs favorisant variables : tels que l'atmosphère humide et la température basse.

**Respect des principes d'hygiène standard**

Le lavage des mains au savon liquide (l'utilisation de savon en morceaux, à usage multiple, est à proscrire) ou l'utilisation de soluté hydro-alcoolique est essentiel et doit être réalisé après chaque contact avec un malade ou avec le matériel utilisé par lui ou avec ses effets, décontamination ou pré désinfection du matériel avant la sortie de la chambre du patient,

- Désinfection ou mise sous emballage protecteur, stérilisation du matériel,

- *Élimination des déchets (mouchoirs jetables) ou de tous excréta septiques selon la filière d'élimination des DASRI*

# Plan National de Préparation à une Pandémie de Grippe Humaine d'origine Porcine

## 1 - masques médicaux (masques de soins, masques chirurgicaux)

Le masque médical est destiné à éviter, lors de l'expiration de celui qui le porte, la projection de sécrétions des voies aériennes supérieures ou de salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes » 1 ou « aérienne » 2.

porté par le soignant, il prévient la contamination du patient et de son environnement (air, surfaces, produits),

porté par le patient contagieux, il prévient la contamination de son entourage et de son environnement.

Par ailleurs, le masque médical protège celui qui le porte contre les agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes » 3. En aucun cas il ne le protège contre les agents infectieux transmissibles par voie « aérienne ».

En outre, si le masque comporte une couche imperméable, il protège celui qui le porte contre un risque de projection de liquides biologiques. Ce masque est parfois équipé d'une visière protégeant les yeux.

Les masques médicaux sont des dispositifs médicaux (de classe I) qui relèvent de la directive européenne 93/42/CEE.

La conformité de ces masques aux exigences essentielles de la directive précitée est attestée par le marquage CE dont le sigle est porté sur l'emballage.

### 1- Les appareils de protection respiratoire jetables

Un appareil de protection respiratoire jetable filtrant contre les particules, communément appelé « masque » de protection respiratoire, est destiné à protéger celui qui le porte contre l'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie « aérienne » 2. Il le protège aussi contre le risque de transmission par voie « gouttelettes » 1.

Par ordre croissant d'efficacité, il existe trois classes d'appareils de protection respiratoire jetables : FFP1, FFP2, FFP3. L'efficacité prend en compte l'efficacité du filtre et la fuite au visage. La protection apportée dépend de la classe de l'appareil choisi et de son bon ajustement au visage.

Les appareils de protection respiratoire sont des équipements de protection individuelle qui relèvent de la directive européenne 89/686/CEE. La conformité de ces appareils aux exigences essentielles de la directive précitée est attestée par le marquage CE dont le sigle, suivi du numéro d'un organisme notifié, figure sur l'appareil lui-même.

En outre sont mentionnés:

- EN 149 4
- FFP1 ou FFP2 ou FFP3

### 3. BONNES PRATIQUES D'UTILISATION

- Ajuster les masques ou appareils de protection respiratoire : dépliage complet, liens bien serrés ou élastiques bien en place, pince-nez ajusté.
  - Une fois en place, ne pas manipuler le masque ou l'appareil de protection respiratoire car il existe un risque de détérioration de celui-ci et de contamination des mains.
  - Se laver les mains après avoir enlevé le masque ou l'appareil de protection respiratoire.
  - Eliminer le masque ou l'appareil de protection respiratoire utilisé dans la filière des Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux.
  - Attention, un masque ou un appareil de protection respiratoire filtrant contre les particules ne protège pas contre l'inhalation de gaz ou de vapeurs (désinfectants, gaz anesthésiques).
  - Porter un masque avec une couche imperméable, s'il existe un risque de projections de liquides biologiques.
- 1- Transmission par voie « gouttelettes » = transmission par des gouttelettes de salive ou de sécrétions des voies aériennes supérieures
  - 2- Transmission par voie « aérienne » = transmission aéroportée par de fines particules (« drop let nuclei », poussières)
  - 3- Dans certains cas particuliers (agent infectieux inconnu, infectiosité élevée, doute sur le mode de transmission), il peut être recommandé de porter un appareil de protection respiratoire plutôt qu'un masque médical (ex : SRAS)
- 4- Norme EN 149 (dernière version : octobre 2001) = appareils de protection respiratoire – demi masques filtrants contre les particules

## **FREQUENCE**

1 fois par jour (minimum).

## **MATERIEL**

Le chariot ménage comprenant :

- gazes pour balayage humide
- chiffonettes pour les surfaces
- lavettes pour les sols
- le détergent désinfectant normée
- un grand seau pour le rinçage
- un grand seau contenant la solution nettoiyante/désinfectante diluée à 0,25%

- un pulvérisateur contenant la solution nettoyante/désinfectante diluée à 0,5% et préparée tous les jours
- un flacon d'antiseptique en spray
- les balais trapèzes
- les masques, les charlottes, les lunettes ....

#### **METHODE**

1- En arrivant dans la chambre, commencer par pulvériser la solution nettoyante/désinfectante diluée à 0,5% sur des lavabos (intérieur - extérieur), les WC (intérieur – extérieur -abattant)

#### **2- PRE-DESINFECTION DES SURFACES**

Pulvériser largement les surfaces à décontaminer avec le pulvérisateur contenant la solution nettoyante/désinfectante diluée à 0,5%

\* Frotter énergiquement

\* Commencer par les surfaces les plus propres et les plus proches du malade :

- table de repas
- table de nuit
- lit (montant, poignée, lit)
- téléphone
- fauteuil
- poignée de porte

\*Terminer par le cabinet de toilette en commençant par :

- *intérieur du lavabo*
- *extérieur du lavabo*
- *cuvette*

\*Frotter si nécessaire, sinon rince abondamment

**NB** : l'application du détartrant WC se fera à chaque départ

#### **3- PROCEDER AU BALAYAGE HUMIDE**

#### **4- LAVAGE DU SOL**

La méthode est la même que celle du balayage humide

Lavage avec une solution détergente - désinfectante diluée à 0,25% (soit une dose de 20ml pour 8 litres d'eau), le Mardi, Mercredi et jeudi.

Lavage avec détergent diluée à 0,25% (soit une dose de 20ml pour 8 litres d'eau), le Lundi et le Vendredi.

#### **5- CAS DES PATIENTS A RISQUES**

Procéder à la désinfection complémentaire des surfaces par pulvérisation d'antiseptique adapté (sans essuyer)

**Ne pas essuyer les surfaces**

**Laisser sécher toutes ces surfaces traitées**

#### **5. PROTOCOLE DE DESINFECTION DE LA CHAMBRE AU DEPART DU MALADE ATTEINT DE GRIPPE HUMAINE D'ORIGINE PORCINE**

- *Ouvrir la fenêtre de la chambre*
- *Evacuer tout le linge sale en sac*
- *Décontaminer tout le matériel de la chambre, soit par contact, soit par trempage*
- *Nettoyage à fond toutes les surfaces de la chambre : matelas, lit, téléphone, avec la solution nettoyante/désinfectante diluée à 0,5%.*
- *Procéder au balayage humide*
- *Laver le sol avec une solution détergente- désinfectante diluée à 0,25%*
- *Fermer la fenêtre de la chambre*
- *Désinfection complémentaire en pulvérisant largement les surfaces avec les appareils pulvérisateurs sans essuyer*
- **Respecter un temps de contact de 15 minutes**
- *Refaire le lit avec de la literie propre ou avec des alèzes à usage unique*

## 6. PROTOCOLE NORMALISE DE NETTOYAGE ET DESINFECTION D'UN BLOC OPERATOIRE

### NETTOYAGE ET DESINFECTION — EN FIN DE PROGRAMME OPERATOIRE

#### 1- Surface et matériels au dessus du sol (scialytique, table d'opération, appareil d'anesthésie...)

Nettoyage et désinfection avec la solution détergente-désinfectante normée diluée à 0,25 %

#### 2- Sol

- Balayage humide (balai à franges ou balai trapèze)

- Lavage avec la **méthode du double seau** ou avec un balai applicateur avec un détergent désinfectant dilué à 0,25%

#### 3- Désinfectant

Désinfection de toutes les surfaces nettoyée (propres) par pulvérisation d'une solution antiseptique normée

##### - ENTRE DEUX INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Après évacuation du linge souillé sous emballage étanche (DASRI) et des déchets d'activité de soins, nettoyage et désinfection de toutes les surfaces dans l'environnement immédiat de la table d'opération avec une solution détergente - désinfectante diluée à 0,25%, puis pulvérisation d'une solution désinfectante

##### - EN FIN DE SEMAINE OPERATOIRE

#### 1- Surfaces et matériels au dessus du sol (scialytique, table d'opération, appareils d'anesthésie...)

Nettoyage et désinfection avec la solution détergente-désinfectante normée diluée à 0,25%

#### 2- Sol - Balayage humide avec balai trapèze ou balai à frange ou balai Flaubert

- Lavage avec la méthode du double seau ou avec un balai applicateur avec solution détergente-désinfectante normée diluée à 0,25%

#### 3- Désinfection

- Désinfection terminale avec pulvérisation d'antiseptiques adaptés

**Note :** Lire attentivement la notice d'emploi livrée avec les produits avant toute utilisation

**Dès le début des symptômes**, il est recommandé que le malade soit isolé dans une pièce en limitant tout contact avec son entourage.

**Des mesures pratiques d'hygiène sont préconisées :**

- Eviter toutes les visites inutiles dans la chambre du malade et au sein de la famille
- Aération régulière de la pièce (ouverture des fenêtres toutes les trois heures)
- Hygiène rigoureuse des mains après chaque contact avec le sujet par un lavage des **mains au savon liquide ou utilisation de soluté hydro-alcoolique. Cette mesure est essentielle** et doit se faire soigneusement. Elle doit être répétée très souvent dans la journée, plus particulièrement après chaque contact avec le malade ou avec le matériel utilisé par lui ou après contacts avec ses effets personnels.

***Le mouchage, l'éternuement, l'expectoration, la toux :***

***Le virus de la grippe se transmettant par voie aérienne et en particulier par les gouttelettes respiratoires, il est impératif de respecter les règles d'hygiène de base concernant la protection des voies respiratoires, à savoir :***

- Se couvrir la bouche chaque fois qu'on tousse, puis se laver les mains et les désinfecter avec une solution hydro alcoolique
- Se couvrir le nez chaque fois qu'on éternue, puis se laver les mains et les désinfecter avec une solution hydro alcoolique
- Se moucher avec des mouchoirs en papier à usage unique et les jeter dans une poubelle recouverte d'un couvercle, puis se laver les mains et les désinfecter avec une solution hydro alcoolique
- Ne cracher que dans un mouchoir en papier à usage unique jeté dans une poubelle recouverte d'un couvercle, puis se laver les mains et les désinfecter avec une solution hydro alcoolique
- Nettoyage des objets courants du sujet (serviettes, couverts, linge etc.) qui doit être lavés par un nettoyage courant (lavage au savon et à l'eau chaude). Les déchets ménagers tels que les mouchoirs en papier et les masques chirurgicaux sont jetés dans un sac en plastique qui sera hermétiquement fermé.

Afin de limiter la diffusion de la maladie, il est recommandé en cas de grippe à virus mutant que les contacts du malade soient protégés par :

- Le port du masque chirurgical pour rentrer dans la chambre du malade et lavage des mains à la sortie et leur désinfection avec une solution hydro alcoolique
- Le port du masque chirurgical par le patient symptomatique lors de présence d'un tiers dans sa chambre. En cas d'impossibilité, les membres de l'entourage doivent porter un masque chirurgical lors des contacts proches avec le sujet.

**INSTRUCTION N° 7**

A titre d'exécution :

- Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilaya
- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U.
- Monsieur le Directeur Général de l'E.H.U. d'Oran

**Objet:** *Grippe humaine d'origine porcine*

Suite à mes envois précédents, il vous est demandé de :

1. Mettre en alerte le ou les hôpitaux de référence de votre wilaya pour la prise en charge des cas de grippe humaine d'origine porcine

Les hôpitaux de référence seront ceux déjà identifiés pour la grippe humaine d'origine aviaire.

2. Maintenir en sécurité votre stock de Tamiflu jusqu'à ordre de Monsieur le Ministre chargé de la santé.

**INSTRUCTION N° 8**

3. A titre d'exécution :
4. Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilaya de :
5. Alger, Oran, Constantine, Tlemcen, Annaba, Béjaïa, Jijel, Ouargla, Tamanrasset, Adrar, Illizi, Batna, Ghardaïa, Sétif, Skikda, Mostaganem, Biskra, Chlef
6. **Objet:** Grippe humaine d'origine porcine
7. Il est demandé au personnel du contrôle sanitaire aux frontières d'appliquer les mesures édictées dans la fiche technique ci jointe en collaboration avec les services du contrôle aux frontières du poste d'entrée où ils exercent. Il vous revient de mettre à leur disposition toutes les conditions et matériels nécessaires pour l'application de cette instruction.
8. Il est demandé au personnel du contrôle sanitaire aux frontières d'appliquer les mesures édictées dans la fiche technique ci jointe en collaboration avec les services du contrôle aux frontières du poste d'entrée où ils exercent. Il vous revient de mettre à leur disposition toutes les conditions et matériels nécessaires pour l'application de cette instruction.

Phase	Phase 5
Définition OMS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transmission interhumaine dans un grand groupe de cas.</li><li>• Propagation virale élargie d'un virus qui s'adapterait de mieux en mieux à l'homme mais dont la transmissibilité ne serait pas complète.</li><li>• Risque pandémique important</li></ul>
Objectif	<ul style="list-style-type: none"><li>• Porter au maximum les efforts pour endiguer ou retarder la propagation de la maladie et peut être, éviter la pandémie, et pour gagner du temps pour mettre en œuvre les mesures permettant de faire face à la pandémie.</li></ul>
Cas de figure N° 1	Foyers des cas humains hors de l'Algérie
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"><li>• Limiter les risques d'importation du nouveau virus en Algérie.</li><li>• Détecter le plus précocement possible l'arrivée sur le territoire des premiers cas d'infection humaine pour mettre en place les premières mesures et stopper ou ralentir la transmission locale.</li></ul>
Mesures sanitaires	Les mêmes mesures citées en phase 4 seront appliquées
Cas de figure N° 2	Foyers de cas humains identifiés en Algérie
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"><li>• Détecter le plus précocement possible de nouveau cas d'infection</li></ul>



<b>Mesures sanitaires</b>	En plus des mesures précédentes, il y a lieu d'entreprendre les actions suivantes : • Déclenchement de l'alerte, par le Ministère chargé de la Santé après
<b>Phase</b>	Phase 6
<b>Définition OMS</b>	Transmission accrue et durable dans la population générale
<b>Objectif</b>	Réduire au minimum les effets de la pandémie.
<b>Cas de figure N° 1</b>	L'Algérie n'est pas touchée
<b>Objectif</b>	Retarder l'introduction du nouveau virus Freiner sa diffusion
<b>Mesures sanitaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliser le Comité ad hoc et les comités de wilaya de la grippe humaine d'origine aviaire missionnés pour la grippe humaine d'origine porcine. Ces derniers devront recevoir toutes les directives et conseils sur la mise en œuvre des mesures recommandées.</li> <li>• Renforcer toutes les mesures de surveillance sur le plan épidémiologique.</li> <li>• Actualiser, au besoin, les protocoles relatifs au dépistage, à la prise en charge et au traitement des cas.</li> </ul>
<b>Cas de figure N° 2</b>	L'Algérie est touchée
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiner la diffusion du nouveau virus.</li> <li>• Assurer une prise en charge adéquate des patients.</li> </ul>
<b>Mesures sanitaires</b>	En plus des mesures précédentes, les mesures sanitaires, lors de cette phase consistent à : • Mettre en alerte maximum l'ensemble des intervenants au niveau des instances de coordination et de suivi, de la surveillance viro-épidémiologique, et de la prise en charge et recours le cas échéant à une mobilisation supplémentaire en moyens humains (bénévoles).

Wilaya.

- Appliquer selon le contexte et dans le cadre de l'action multisectorielle, les mesures de restriction des activités qui, outre, le contrôle voire la fermeture des frontières, visant notamment :
  - La restriction des déplacements (déplacements individuels, isolement, cordons sanitaires...)
  - La suspension des rassemblements de population et de toutes les manifestations culturelles, sportives, économiques
- La fermeture des crèches, des établissements scolaires et autres collectivités.

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 1018 DU 09 NOVEMBRE 2009 RELATIVE AU DISPOSITIF**

**DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE LA GRIPPE A/H1N1 EN MILIEU SCOLAIRE**

<b>Destinataires :</b>	<b>Madame et Messieurs les Walis</b> en communication à :	<i>Pour mesures à prendre et suivi</i>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Directeurs de la Santé et de la Population</b></li><li>• <b>Mesdames et Messieurs les Directeurs de l'Education</b></li><li>• <b>Mesdames et Messieurs les Présidents des Assemblées Populaires Communales</b></li><li>• <b>Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité</b></li><li>• <b>Mesdames et Messieurs les Chefs des établissements scolaires</b></li></ul>	<i>Pour application</i> <i>Pour application</i> <i>Pour application</i> <i>Pour application</i> <i>Pour application</i>

L'émergence d'une nouvelle maladie de type grippal A/H1N1, à l'origine d'une pandémie, a amené le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière et le Ministère de l'Education Nationale à élaborer un dispositif de prévention et de prise en charge de la grippe A/H1N1 en milieu scolaire.

La mise en place de ce dispositif est d'autant plus justifiée en raison :

- des caractéristiques de la maladie : forte contagiosité et atteinte des enfants et adultes jeunes ;
- du rassemblement de 8 millions d'enfants dans une collectivité fermée que représente l'école ;
- de la vulnérabilité particulière de l'enfant qui est considéré comme vecteur de dissémination accrue du virus ;
- de l'approche de la saison automno-hivernale, période d'intense activité du virus grippal.

Ce dispositif tient compte de la situation épidémiologique nationale actuelle qui correspond à une faible prévalence de la grippe A/H1N1 et une absence de circulation active du virus grippal en Algérie : **Phase 5b**. Il peut être amené à être revu et réadapté en fonction de l'évolution épidémiologique de la grippe A/H1N1 au niveau d'une wilaya, au niveau national ou international.

#### **I. OBJECTIFS DU DISPOSITIF**

1. sensibiliser la population scolarisée aux règles d'hygiène et au comportement à moindre risque ;
2. informer le personnel éducatif et les parents d'élèves du dispositif en milieu scolaire ;
3. ralentir la transmission par la détection précoce et la prise en charge prompte des premiers cas.

#### **II. STRATEGIE DU DISPOSITIF**

La stratégie du dispositif en milieu scolaire repose sur :

1. l'information et la sensibilisation,
2. la formation,
3. les mesures de prévention,
4. les mesures médico-sanitaires,

##### **1. Information et sensibilisation**

Le slogan retenu est : " **ne pas dramatiser et ne pas banaliser** "

L'information et la sensibilisation des élèves sur la grippe A/H1N1 a déjà débuté le jour de la rentrée scolaire par la leçon dispensée, comme cours inaugural, par les enseignants.

Cette action d'information et de sensibilisation devra se poursuivre et concernera, en plus des élèves des tous les niveaux d'enseignement (cycles primaire, moyen et secondaire), le personnel éducatif et les parents d'élèves.

Des affiches sur les mesures d'hygiène à adopter pour la prévention de la grippe A/H1N1 seront diffusées à l'ensemble des établissements scolaires et serviront de support didactique aux séances d'éducation sanitaire qui seront dispensées par les médecins de santé scolaire formés à cet effet.

Cette action d'information et de sensibilisation devra concerner également les responsables des communes, des daïras et des wilayas chargés de l'hygiène et de la salubrité publique.

##### **2. Formation**

Les médecins coordinateurs de santé scolaire, ayant bénéficié d'une formation sur la grippe A/H1N1, devront, à leur tour, assurer la formation de toutes les équipes de santé scolaire et de l'ensemble du personnel éducatif.

Ces formations devront être organisées localement par les services des Directions de Santé et de Population et des Directions de l'Education des wilayas et devront être réalisées avant le 15 Novembre 2009.

Durant la formation du personnel éducatif, les médecins insisteront particulièrement sur les mesures de prévention individuelles ainsi que sur l'identification précoce des cas suspects de grippe A/H1N1.

La formation sur la grippe A/H1N1 sera étendue aux personnels de santé de la Protection Civile et de la Sûreté Nationale qui font partie du dispositif et qui assurent dans de nombreux cas l'évacuation des malades vers les hôpitaux de référence.

### 3. Mesures de prévention

- hygiène individuelle : hygiène respiratoire et hygiène des mains ;
- hygiène rigoureuse des locaux (salles de classes, sanitaires, cantines, internats, ...);
- aération des salles de classes entre et après les cours ;
- disponibilité de l'eau courante et du savon liquide dans les établissements scolaires ;
- mise en place de moyens de chauffage ;
- renforcement en agents d'entretien, ... ;
- détection précoce des cas de grippe A/H1N1.

### 4. Mesures médico-sanitaires

#### 4.1 – conduite à tenir devant une suspicion d'un ou de plusieurs cas de grippe A/H1N1 dans une classe :

##### A / au niveau de l'établissement scolaire :

La détection d'un cas suspect de grippe A/H1N1 (fièvre **associée** à une fatigue, une toux et/ou une difficulté à respirer) peut se faire par le personnel éducatif (enseignant ou administratif) de l'établissement scolaire.

Il est important de souligner que **seul le chef de l'établissement scolaire est habilité à alerter les services de santé.**

Rôle du Chef de l'établissement scolaire :

- alerte les services de santé : médecin de santé scolaire ou médecin de la structure de santé la plus proche en cas de détection d'un cas suspect.

Le médecin, de la structure de santé la plus proche, n'est alerté qu'en cas d'éloignement du médecin de santé scolaire.

Le chef d'établissement scolaire doit avoir à sa disposition le nom et les coordonnées du médecin de santé scolaire **et** ceux du médecin de la structure de santé la plus proche.

- contacte le SAMU, la protection civile ou autre, ... pour le transfert de l'élève vers la structure de santé la plus proche **en cas d'éloignement du médecin de santé scolaire** ;
- informe la famille de l'élève suspect de grippe A/H1N1 ;
- avise les parents des autres élèves de la même classe de la présence d'un cas suspect et leur demande d'orienter leur enfant vers la structure de santé la plus proche s'il présente des signes de grippe et d'en informer l'établissement scolaire ;
- informe l'ensemble des parents d'élèves de la classe concernée de la possibilité de fermeture de la classe en cas de confirmation par le laboratoire de l'infection par le virus A/H1N1 ;
- maintient un contact permanent et étroit avec les services de santé et avec sa hiérarchie ;
- informe l'ensemble des parents d'élèves de l'établissement scolaire en cas de confirmation du cas suspect ;
- contrôle rigoureusement et systématiquement les absences et leurs motifs ;
- accorde une attention particulière à l'hygiène et à la salubrité de l'établissement scolaire :
  - disponibilité de l'eau courante,
  - bon fonctionnement des appareils de chauffage avant la saison hivernale,
  - hygiène des locaux (salles de classes, sanitaires, cantine, internat, ...).

##### B / au niveau de la structure de santé

Le médecin (de santé scolaire ou de la structure de santé la plus proche) déterminera, à la suite d'une visite médicale, s'il s'agit d'un cas possible de grippe A/H1N1. Et c'est dans ce cas seulement que l'élève, muni d'une fiche de déclaration (fiche technique n°1), sera orienté par ambulance vers l'hôpital de référence.

**Un cas possible de grippe A/H1N1** présente un syndrome respiratoire aigu bénin à modéré avec fièvre > 38°C, courbatures ou asthénie associée à une toux et/ou une dyspnée **et** qui dans les 7 jours avant le début de ses signes cliniques a séjourné dans une zone de circulation du virus grippal A/H1N1 **ou** a eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé durant la période de contagiosité de ce dernier qui débute 48h avant le début des signes cliniques.

**Un cas possible de grippe A/H1N1** peut également présenter un syndrome respiratoire fébrile avec détresse respiratoire aiguë :

- fréquence respiratoire > 30/mn,
- fréquence cardiaque > 100/mn,
- avec tirage et cyanose **et** qui dans les 7 jours avant le début des signes cliniques a séjourné dans une zone de circulation du virus grippal A/H1N1 **ou** a eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé durant la période de contagiosité de ce dernier qui débute 48h avant le début des signes cliniques.

Dans le cas où l'élève a été examiné par le médecin de la structure de santé, celui-ci doit, en cas d'évacuation de l'enfant vers l'hôpital de référence, en informer le médecin de santé scolaire dont relève l'établissement scolaire concerné.

Au niveau de l'hôpital de référence l'élève fera l'objet des mesures suivantes :

- hospitalisation
- isolement
- prélèvement
- traitement

Rôle du médecin de santé scolaire :

- informe le Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMPEP) du cas possible
  - (fiche de déclaration n°1) ;
- informe le chef d'établissement scolaire de l'orientation de l'enfant vers l'hôpital de référence ;
- examine l'ensemble des élèves de la classe ainsi que leur enseignant ;

- reste en contact permanent avec l'établissement scolaire.
  - Remarque : à ce stade, l'enseignement est poursuivi en attendant les résultats des analyses virologiques.
  - Si le cas suspect s'avère négatif, l'enseignement n'est pas interrompu.

#### **4.2 – conduite à tenir devant un cas confirmé de grippe A/H1N1**

Le diagnostic virologique de grippe A/H1N1 est posé par l'Institut Pasteur d'Algérie (IPA).

Dans ce cas :

- l'ensemble des élèves de la classe fera l'objet d'un confinement à domicile ;
- Le confinement consiste à maintenir les élèves à la maison sous la surveillance des parents (éviter les sorties, les rassemblements, ...). Les parents devront, si leur enfant présente des signes de grippe, le faire examiner par le médecin de la structure de santé la plus proche et en informer le chef de l'établissement scolaire.
- une enquête épidémiologique autour du cas sera menée par le SEMEP ;
- la salle de classe sera fermée pendant 07 jours (durée de contagiosité) ;
- le médecin de santé scolaire devra :
  - rappeler les mesures d'hygiène et de prévention ;
  - rassurer le personnel éducatif et les parents d'élèves : " **ne pas dramatiser et ne pas banaliser** ".

**- le Directeur de la Santé et de la Population en informera le Wali, le Chef de daïra, le P/APC, la Protection Civile et les Services de Sécurité.**

#### **4.3 – critères de fermeture d'une salle de classe ou d'un établissement scolaire :**

- fermeture d'une salle de classe : en cas de confirmation, par l'Institut Pasteur d'Algérie, d'un **(01) ou plusieurs cas de grippe A/H1N1 dans une même classe** ;
- fermeture d'une école : en cas de confirmation, par l'Institut Pasteur d'Algérie, d'un **ou plusieurs cas de grippe A/H1N1 dans trois (03) classes d'un même établissement scolaire durant la même période.**

La fermeture d'une salle de classe ou d'un établissement scolaire durera **07 jours** correspondant à la période de contagiosité.

#### **4.4 – critères de réouverture d'une salle de classe ou d'un établissement scolaire :**

- Nettoyage minutieux de la salle de classe ou de l'école (surfaces et objets tels que tables, bureaux, poignées de portes, sanitaires, ...) et aération des locaux avant la réouverture.

Aucun produit de désinfection particulier n'est préconisé.

La dotation des établissements scolaires en produits de désinfection et d'hygiène corporelle notamment la fourniture du savon liquide sera mise en œuvre par l'apport financier du secteur de la Santé et de celui de l'Education dans le cadre du dispositif relatif à la santé scolaire. Les communes apporteront leur concours.

- Il est demandé aux parents, dont les enfants présentent des signes respiratoires lors de la réouverture de la classe ou de l'école, de consulter un médecin et de présenter un certificat médical, précisant qu'il ne s'agit pas d'un cas possible de grippe A/H1N1, pour la reprise de l'école.

### **III. CONDITIONS DE FERMETURE ET DE REOUVERTURE D'UNE SALLE DE CLASSE OU D'UN ETABLISSEMENT SCOLAIRE**

La décision et les modalités de fermeture et de réouverture d'une classe ou d'un établissement scolaire relèvent des services du Ministère de l'Education Nationale en association avec le Chef de Daïra et le Président de l'Assemblée Populaire Communale **après concertation étroite** avec les services du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

#### **IV. SUIVI ET EVALUATION DU DISPOSITIF**

La supervision, le suivi et l'évaluation des mesures médico-sanitaires du dispositif seront assurées par les médecins points focaux de wilaya qui devront transmettre mensuellement, au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, un bilan des activités réalisées au niveau de leurs wilayas respectives. Ce même bilan sera transmis aux services concernés de la wilaya.

#### **V. ROLE DE CHAQUE SECTEUR**

Les secteurs de la santé, de l'éducation nationale et des collectivités locales doivent œuvrer en coordination dans les domaines de :

- l'alerte
- la détection précoce des cas
- la prise en charge médicale
- l'information
- la sensibilisation
- la formation
- l'hygiène générale des établissements scolaires

Nous attachons la plus haute importance à la mise en place de ce dispositif et à l'atteinte de ses objectifs et vous demandons de nous tenir informés de toute éventuelle difficulté ou contrainte rencontrée dans sa mise en œuvre.

**Le Ministre d'Etat, Ministre de l'Intérieur  
et des Collectivités Locales**

**Le Ministre de l'Education Nationale**

**Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme  
Hospitalière**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Secrétaire Général  
رقم 828 و ص س / م الامانة العلية

04 Juil2009

الأمين العام

**Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (tous)**

**Objet :** Enquêtes épidémiologiques concernant des ressortissants étrangers.

**A/S :** Grippe A/H1N1

La mise en œuvre des procédures de mise sous contrôle médical des sujets malades ou contacts avec un sujet index confirmé atteint de grippe A/H1N1. à mis en évidence la nécessité de clarifier la conduite à tenir vis-à-vis des ressortissants algériens et étrangers qui ne se soumettent pas au contrôle sanitaire.

Dans ce cadre vous êtes instruits à l'effet de suivre scrupuleusement la procédure suivante :

1-s'agissant des ressortissants algériens ou étrangers non diplomates, tout refus de se soumettre au contrôle sanitaire entraîne le recours immédiat à la force publique. La Direction Générale de la Sûreté Nationale et le Commandement de la Gendarmerie Nationale ont été instruits à cet effet.

2-Concernant les ressortissants étrangers ayant un statut diplomatique, une notification immédiate doit en être faite à l'administration centrale du MSPRH pour réclamer l'assistance des services du Ministère des Affaires Etrangères.

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاکو

Copie:  
Monsieur le Ministre  
Monsieur le Chef de Cabinet  
De Monsieur le Premier Ministre

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLICQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Secrétaire Général

الأمين العام

06 Juil2009

INSTRUCTION N°13

A titre de compte rendu  
- Monsieur le ministre

06 Juil2009

A titre d'information :

- Monsieur le Chef de Cabinet
- Monsieur l'Inspecteur Général
- Madame et Messieurs les inspecteurs
- Madame et Messieurs les C.E.S
- Mesdames et Messieurs les Directeurs Centraux

A titre d'exécution :

- Madame et Messieurs les directeurs de la santé et de la population des wilaya
- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux C.H.U
- Monsieur le Directeur Général de l'E.H.U. d'Oran.

Objet : Grippe A/H1N1. Définition des cas

Des définitions des « cas possible » « probables » et « confirmés » ont été actualisées afin de détecter et prendre en charge le plus tôt possible les cas de Grippe A/H1N1 revenant de **Pays (ou région) avec transmission interhumaine dans la communauté** : et assurer une surveillance de tous les cas

Les objectifs de la surveillance de ces cas sont :

- d'assurer une détection précoce des cas de grippe à virus A/H1N1 afin de pouvoir intervenir rapidement et interrompre la chaîne de transmission.
- de recueillir et d'analyser les informations pertinentes pour connaître les caractéristiques épidémiologique de l'infection à virus A/H1N1 et ce, à tout moment et en tout point du territoire national ;
- d'identifier les sources de contamination ;
- de rechercher l'existence de sujets ayant été en contact avec la personne exposée;
- d'évaluer les actions de prévention.

La structure qui détecte les cas, l'hôpital de référence qui accueille le malade la cellule de crise qui joue un rôle de coordination et de centralisation des informations ainsi que le SEMEP chargé de la collecte d'informations et cherche les sources de contamination sont chargés chacun en ce qui le concerne de suivre scrupuleusement ces définitions.

J'attache la plus grande importance à l'application stricte, rigoureuse et sans faille de cette instruction.

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاكو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**Grippe A/H1N1**  
**Définition des Cas**

**Cas possible**

Toute personne présentant « un syndrome respiratoire aigu brutal » se traduisant par :

- des signes généraux : fièvre > 38°C ou courbature ou asthénie
- ET des signes respiratoires : toux ou dyspnée

Devient un « cas possible » si dans les 7 jours avant le début de ses signes :

-Elle a séjourné dans une zone dans laquelle une circulation du nouveau virus A/H1N1 dans la communauté a été mise en évidence.

\*Pays (ou régions) avec transmission interhumaine dans la communauté :

(MISE A JOUR AU 03 JUILLET 2009)

- Tous les pays d'Amérique du Nord, d'Amérique Centrale et d'Amérique du Sud
- Australie
- Japon
- Nouvelle Zélande
- Royaume Uni (transmission communautaire limitée, mais plusieurs clusters en milieu scolaire)
- Thaïlande

**OU** - elle a un contact étroit \* avec un cas possible, probable ou confirmé pendant sa période de contagiosité (**qui commence 24 heures avant le début des symptômes jusqu' à 7 jours après le début des signes chez l'adulte.**

Chez les enfants, la durée de contagiosité peut se prolonger jusqu'à 10 jours après le début des symptômes<sup>^</sup>.

L'excrétion virale peut même durer au-delà de 10 jours chez les très jeunes enfants. Elle peut aussi être prolongée chez les personnes âgées ou les personnes affectées par une immunodépression).

\*les contacts étroits ou sujets contacts particulièrement exposés aux contaminations

- Personnes partageant le même lieu de vie que le cas index : famille, même chambre d'hôtel ou d'internat.
- Contact direct en face à face, à moins de 2 mètres du cas index, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion : contact intime, voisins de classe ou de bureau, voisins de cas index dans un avion ou un train.
- Contact indirect par la voie manu portée.

A l'issue de l'enquête épidémiologique et des résultats de laboratoire, la personne déclarée comme « cas possible » de grippe à virus/H1N1 devra être classée dans l'une des rubriques suivantes :

**-CAS EXCLU, CAS PROBABLE, OU CAS CONFIRME.**

**Cas Exclu**

Un cas déclaré initialement « cas possible » sera mentionné « exclu » dans les situations suivantes :

-si après enquête, il ne répond pas aux critères de définition d'un cas possible.

-si les résultats virologiques sont négatifs (absence d'infection à virus A/H1 N1) :

-si un sujet contact n'a pas présenté une symptomatologie compatible avec le diagnostic durant la période de suivi.

**Cas probable**

Un cas déclaré initialement « cas possible » sera considéré « cas probable » dans les situations suivantes :

-le test dit PCR (technique d'amplification génique) de grippe A, réalisé sur un prélèvement naso-pharyngé se révèle positif (diagnostic rapide : réponse virus de type A sans précision du sous-type viral) ;

-le malade se présente dans un tableau sévère (syndrome de détresse respiratoire aiguë) sans investigation supplémentaire (sans confirmation du sous-type A/H1 N1) ;

-le décès dans un tableau de syndrome infectieux respiratoire aigu ou répondant à la définition d'un cas possible et pour lequel les investigations virologiques n'ont pu être réalisées ;

-il a été en contact étroit avec un cas probable ou confirmé dans les 24 heures avant le début des signes.

**Cas Confirmé**

Un cas déclaré initialement « cas possible » sera mentionné « cas confirmé » lorsque les résultats des investigations virologiques reviennent positifs :

-identification du virus A/H1N1 par la technique moléculaire (PCR).

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIC ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

*Le Secrétaire Général*

الأمين العام

N°873MSPRH/SG

09 Juil2009

- Madame et Messieurs les directeurs de la santé et de la population des wilaya
- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux C.H.U
- Monsieur le Directeur Général de l'E.H.U. d'Oran.

**Objet : CAT devant les cas de Grippe A/H1N1.**

Aditionnellement à mon envoi n°13 MSPRH/SG du 06 Juillet2009 relatif aux définitions des cas de grippe A/H1N1, je vous transmets ci-joint une fiche technique sur les conduites à tenir devant les cas possible, probable contact

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شلكو



## CONDUITE A TENIR

### 1-Conduite à tenir devant un cas possible et probable

-Le patient est isolé

\* Masque chirurgical pour le patient

\* Masque FFP2 pour le personnel soignant (réduit au strict minimum)

\* Consignes de protection, uniquement pendant le contact avec le malade.

\* Traitement par Tamiflu (75mgx2) pendant 5jours

### 2-Prise en charge des personnes contacts :

Les contacts étroits des cas confirmés et probables doivent :

- Recevoir une prophylaxie par un inhibiteur de la neuraminidase sans attendre le résultat de l'investigation biologique

- **Traitement par Tamiflu (75mg) pendant 10 jours**

- et rester isolés

En cas d'apparition de fièvre ou de signes respiratoires, les personnes contacts doivent bénéficier d'une réévaluation de leur situation.

### 3-Mesures de prévention et de protection communes aux trois cas de figure

a- Prévention du risque :

- La meilleure forme de prévention est d'interdire ou de limiter les contacts interhumains dans les zones géographiques d'exposition.

b- Hygiène des mains :

-port de gants non stériles à usage unique quand le soignant entre en contact avec un cas possible ou supposé de la grippe.

-désinfection des mains par friction avec une solution *hydro-alcoolique* ou par lavage avec un savon antiseptique après les soins

- lavage régulier des mains par le patient (eau et savon)

c- le port de lunettes :

- Pour éviter la projection de gouttelettes de salive infestée, avec un risque de contamination par la muqueuse oculaire des lunettes de protection doivent être utilisées, surtout si le soignant ne porte pas de lunettes de vue

c- Le port de masque :

d- -le sujet suspecté d'une grippe A/H1N1 doit être équipé en permanence de masque anti- projection (masque dit chirurgical)

- Les masques FFP2, de protection de type professionnelle, qui filtrent à 92-95% pour les soignants. Classiquement dans la grippe, ils assurent une protection du personnel chargé des soins pour une durée d'environ 4 h de contact avec les patients.

e- L'isolement du patient :

-en chambre individuelle

- port d'un masque anti- projection dit –chirurgical-, lors de présence d'un tiers ou de déplacement en dehors de sa chambre, et a fortiori lors des soins.

-et recours systématique pour le patient à des mouchoirs à usage unique.

f- L'élimination des déchets :

- Peut se faire tout simplement dans des sacs poubelles étanches.

- La désinfection des objets (assiettes, verres, fourchettes...), ne nécessite pas de mesure de prévention particulière (eau +savon)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

Le Secrétaire Général

الأمين العام

**INSTRUCTION N° 16 DU 08 NOV 2009**

- Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas
- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U.
- Monsieur le Directeur Général de l'E.H.U. Oran

**Pour Exécution**

**OBJET** : Grippe A/H1N1

En cette période d'intense activité grippale, et tant que le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière maintient l'état d'urgence sanitaire, je vous demande de maintenir votre personnel médical, para médical et de services en alerte maximale.

Mes instructions précédemment transmises relatives à la pandémie de grippe A/H1N1, au nombre de 14, doivent être appliquées scrupuleusement ; aucune défaillance ne serait être tolérée.

A ce titre, je vous rappelle les mesures essentielles suivantes :

**I- Concernant les ressources humaines :**

- Les Directeurs de la Santé et de la Population, les point focaux et les Directeurs des hôpitaux de références doivent être joignables 24/24 ;
- Le personnel chirurgical dentiste doit être impliqué, informé et protégé ;
- Le secteur privé doit être davantage impliqué dans le dispositif et toutes les instructions et fiches techniques relatives à la grippe A/H1N1 doivent lui être transmises.

**II. Concernant la logistique :**

- La salle de réanimation prévue, dans les services de prise en charge des cas, doit répondre aux normes requises,
- Les ambulances doivent être fonctionnelles et opérationnelles.

**III- Concernant les modalités de prise en charge**

- Hospitaliser tous les cas possibles jusqu'à l'obtention du diagnostic (**ne renvoyer en aucun les patients durant cette période**).
- Traiter aux antiviraux systématiquement tous les cas possibles dès leur admission dans le service de prise en charge, (arrêter le traitement en cas d'infirmité du diagnostic).
- Respecter les mesures d'isolement pendant 07 jours de tous les cas confirmés ;
- Respecter les consignes de prélèvement (annexe relative à la surveillance virologique du plan national de préparation à une pandémie de grippe A/H1N1).
- Afficher toutes les fiches techniques du plan national de préparation à une pandémie de grippe A/H1N1), de manière visible dans toutes les salles de consultation, services des urgences, services d'hospitalisation.
- Remplir, après chaque prélèvement de cas possibles, de manière lisible toutes les cases des fiches de déclaration et transmettre systématiquement le jour de l'hospitalisation la fiche N°1 de déclaration au Ministère de la santé au niveau du poste de Commandement opérationnel au **021.27.79.20**
- Diligenter les enquêtes épidémiologiques immédiatement après la confirmation des cas par l'IPA.
- Maintenir opérationnel les postes sentinelles de surveillance de la grippe et veiller à maintenir leur stock de kits de prélèvements et milieu de transports ;

**IV- Concernant les mesures de protection :**

- Le port des masques et tenues de protection par le personnel soignant, est obligatoire et doit obéir aux règles d'utilisation.

**V- Concernant le dispositif relatif aux pèlerins ;**

\* Renforcer le dépistage des pèlerins, avant leur départ, par les médecins du contrôle sanitaire aux frontières et par les détecteurs thermiques.

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاکو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

*Le Secrétaire Général*

الأمين العام

**INSTRUCTION N° 000029 du 01 DEC 2009 Relative à l'organisation de la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1**

<b>Destinataires :</b>	* Madame et Messieurs les Walis * Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (DSP) - Directeurs et Directrices des Etablissements Hospitaliers (EH) - Directeurs et Directrices des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) - Directeurs et Directrices des Etablissements Spécialisés (EHS) - Directeurs et Directrices des Etablissements Publics de santé de Proximité (EPSP)	Pour exécution et communication aux
	* Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux de CHU. * Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran * Madame la Directrice Générale de l'INSP * Monsieur le Directeur Général de l'IPA * Monsieur le Directeur Général de la PCH	Pour exécution Pour exécution Pour information Pour information Pour information

Dans le cadre de la lutte contre la pandémie de grippe A/H1N1, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière organisera durant le mois décembre 2009, une campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1. A cet effet, je vous demande de mettre en place le dispositif organisationnel édicté, dès réception de cette instruction, afin de permettre son opérationnalité au moment du lancement officiel de la campagne et ce pendant toute sa durée estimée à 5 mois environ.

L'instruction sera suivie de fiches techniques détaillées sur le déroulement de campagne.

Ces journées d'information doivent être lancées, dès réception de cette instruction en direction des personnels de santé chargés de la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1.

Dans cette instruction, sont définies les intervenants dans la mise en œuvre de cette campagne ainsi que leurs missions.

**1/ Les Directions de la Santé et de la Population**

Les Directions de la Santé et de la Population sont chargées sous l'autorité des Walis de :

- élaborer un plan de mise en œuvre de la campagne de vaccination le 08 décembre 2009, qui consisté à :
  - \* identifier une équipe chargée de la coordination et de suivi des opérations au niveau de chaque wilaya
  - \* mettre en place la logistique en coordination avec les EPSP : identification des personnels ressources, des capacités de stockage, organisation de l'espace de stockage, respect de la chaîne du froid, traçabilité, moyens nécessaires à la vaccination, centres de vaccinateurs ;
  - \* estimer le nombre de personnes à vacciner par wilaya et par EPSP ; fixes et mobiles, en tenant compte de la population à vacciner ;
- faciliter la coordination entre les différentes structures chargées de la vaccination contre la grippe A/H1N1.
- procéder à l'évaluation de cette vaccination ; taux de couverture, population couverte, nombre de contre indication à la vaccination, effets indésirables (nombre et nature).

**2/ Les EPSP**

Les EPSP sont chargés de :

- désigner les centres vaccinateurs en collaborations avec la DSP selon les directives nationales.
- Instituer les équipes vaccinatrices, évaluation des personnes ressources, estimation du nombre d'équipes vaccinatrices nécessaires, fixe et mobile ; en tenant compte de la population à vacciner.
- assurer la logistique à leur niveau en :
  - \* vérifiant et organisant les capacités de stockage,
  - \* organisant la distribution des moyens logistiques par centre vaccinateur,
  - \* vérifiant la chaîne du froid ;
  - \* assurant la traçabilité,
  - \* mobilisant les moyens nécessaires à la vaccination, glacière et ice box, moyens de transport pour les équipes par tranche d'âge mobiles, groupe électrogène,
- identifier les personnes à vacciner au niveau de leur secteur les priorités définies par les directives nationales ;
- estimer le nombre de personnes à vacciner par centre vaccinateur ;
- évaluer cette vaccination par EPSP :
  - \* nombre de personnes vaccinées par tranche d'âge et en fonction de la sous population d'appartenance, pourcentage de la population couverte, contre indication à la vaccination, effets indésirables.
  - \* nombre d'équipes mobilisées ;
  - \* moyens matériels utilisés.

### 3/ Les EPH

- assurer un appui logistique à cette campagne par la mise en commun des moyens humains et logistiques avec les EPSP, notamment en matière de stockage du vaccin A/H1N1 et de chaîne du froid , etc..... ;
- organiser la vaccination du personnel de santé relevant de l'EPH.

### 4/ Les Centres Vaccinateurs :

#### 4-1/Missions des centres des centres vaccinateurs :

Les missions doivent viser à ;

- faciliter l'accueil des personnes,
- vacciner la population cible dont ils ont la charge selon les directives nationales,
- s'assurer que les équipes vaccinatrices disposent des moyens nécessaires à la vaccination : coton, produit antiseptique, seringues, aiguilles, conteneurs d'aiguilles et de seringues usagés, glacières et ice box, moyens de transport pour les équipes mobiles,
- s'assurer que les équipes vaccinatrices disposent des moyens nécessaires à l'enregistrement des actes vaccinaux : registre, carnet de vaccination, certificat, support d'évaluation, support pour l'enregistrement des effets indésirables,
- organiser le centre afin d'optimiser la réception de la population, le travail des équipes vaccinatrices et l'enregistrement des actes vaccinaux.

#### 4-2/ Identification des Centres Vaccinateurs

Les Centres Vaccinateurs doivent être identifiés en fonction de la population cible à vacciner, il s'agit des :

- polycliniques ;
- PMI ;
- Unités de vaccination des SEMEP ;
- Unités de médecine du travail ;
- Etablissements scolaires ;
- Equipes mobiles.

D'autres centres vaccinateurs peuvent être réquisitionnés en cas de besoin.

### 5/ l'Equipe Vaccinatrice

#### 5-1 Composition de l'équipe vaccinatrice

L'équipe vaccinatrice doit se composer obligatoirement :

- D'un médecin
- D'un agent administratif pour les démarches d'enregistrement...
- De deux ou trois agents vaccinateurs (paramédicaux) selon l'importation de la population à vacciner.

#### 5-2 Missions de l'équipe vaccinatrice :

Les missions de l'équipe vaccinatrice consistent à :

- effectuer un examen médical avant l'acte vaccinal,
- réaliser l'acte vaccinal conformément aux directives techniques
- enregistrer l'acte vaccinal ;
- garder en observation pendant 30 mn les personnes ayant été vaccinés.
- Prendre en charge les manifestations allergiques immédiates pouvant survenir après l'acte vaccinal.

Cette équipe doit disposer du matériel nécessaire à l'examen avant l'acte vaccinal, à l'enregistrement de cet acte à la prise en charge d'éventuel choc anaphylactique.

### 6/ Les populations cibles prioritaires :

Les populations cibles prioritaires pour cette campagne de vaccination sont les suivantes :

- le personnel de santé et le personnel assurant les activités essentielles du pays.
- Les femmes enceintes
- L'entourage des enfants de moins de 6 mois
- Les malades chroniques
- Les personnes âgées de 06 mois à 24 ans.

J'attache une importance particulière à l'application de cette instruction et vous demande de me tenir informé de toute éventuelle difficulté ou contrainte rencontrée dans sa mise en œuvre.

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاكو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

*Le Secrétaire Général*

الأمين العام

INSTRUCTION N° 000032 03 DEC 2009

- \* Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas (en Communication à Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers
- \* Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitaliers Universitaires

**Objet** : Notification des cas possible de grippe A/H1N1

Dans le cadre de la déclaration des cas possibles de grippe A/H1N1 et en vue d'accélérer la mise en place des mesures préventives édictées dans l'instruction interministérielle n° 1018 du 09 novembre 2009 , je vous demande d'instruire , tous les hôpitaux de référence ainsi que les postes sentinelles de vos wilayas respectives, de préciser sur la fiche de déclaration n° 1 contenue dans le plan national de lutte contre la pandémie de grippe A/H1N1 , le nom de l'établissement et le niveau scolaire ( classe) de tous les enfants d'âge scolaire déclarés cas possibles et prélevés.

La fiche de déclaration n° 01 doit être :

- correctement renseignée et lisible ;
- systématiquement transmise au poste de Commandement Opérationnel de la grippe A/H1N1 aux numéros de fax : 021.27.79.20 ou 021.27.91.94.

J'attache une importance toute particulière à l'application de cette instruction et vous demande de me tenir informé de toute contrainte rencontrée.

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاكو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Secrétaire Général

000033

الأمين العام  
03 DEC 2009

INSTRUCTION N° 000033 bis du 03 DEC 2009 RELATIVE AUX MODALITES ACTUALISEES DE LA

PRISE EN CHARGE DES CAS DE GRIPPE A/H1N1

<b>Destinataires :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (DSP)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Hospitaliers (EH)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Spécialisés (EHS)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics de santé de Proximité (EPSP)</li> <li>* Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux de CHU.</li><li>* Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran</li><li>* Madame la Directrice Générale de l'INSP</li><li>* Monsieur le Directeur Général de l'IPA</li><li>* Monsieur le Directeur Général de la PCH</li></ul>	<p>Pour exécution et communication aux</p>          <p>Pour exécution Pour exécution Pour information Pour information Pour information</p>
------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En raison de l'évolution de la situation épidémiologique de la grippe A/H1N1 au niveau national marquée par la mise en évidence d'une circulaire active et avérée du virus A/H1N1 dans la population objectivée par l'apparition de cas autochtones et par l'apparition de formes sévères une réadaptation du sis positif s'impose en matière de

- critères de prélèvement,
- critères d'hospitalisation,
- modalités de confinement à domicile,
- mesures relatives à la prophylaxie des sujets contacts.

Je vous informe, par ailleurs, que la prise en charge des femmes enceintes fera l'objet d'une instruction spécifique. A cet effet, je vous demande de veiller à la diffusion large et à l'application stricte de cette instruction.

**1/ CRITERES DE PRELEVEMENT**  
**A/Chez l'adulte**

Les prélèvements se feront en priorité :

- pour les patients présentant un syndrome grippal avec l'un des signes de gravité suivants :

- \*  $T^{\circ} \geq 39^{\circ}$  ou  $\leq 35^{\circ}$  C
- \* Fréquences respiratoire supérieure à 30 mvt/mn,
- \* Fréquence cardiaque supérieure à 120,
- \* Apparition d'un foyer pulmonaire,
- \* Trouble de la vigilance
- \* Détresse respiratoire.

Pour les patients présentant un syndrome grippal à risque de complications :

- **Femmes enceintes quelque soit l'âge de la grossesse (voir FT).**
- **Surpoids morbide.**

-pour les patients présentant un syndrome grippal associé à l'une des pathologies suivantes :

- **Maladie respiratoire chronique.**
- **Maladie cardiaque congénitale ou acquise.**
- **Maladie rénale.**
- **Diabète.**
- **Déficit immunitaire.**

## **B/ Chez l'enfant**

Les prélèvements se feront en priorité.

Pour les enfants présentant un syndrome grippal avec l'un des signes de gravité suivants :

- Aspect toxique.
  - Détresse respiratoire :
    - Fréquence respiratoire  $\geq 60$  (moins d'01 an) et  $\geq 50$  (entre 01 et 02 ans)
    - Présence de cyanose ou de besoin d'oxygène (Saturation transcutanée supérieure à 92 % sous air)
    - Survenue d'apnées.
  - Troubles alimentaires compromettant l'hydratation
  - Déshydratation supérieure à 5%.
  - Malaise, modification du comportement observé par les parents
- pour les enfants présentant un syndrome grippal à risque de complication/
- Nourrisson âgé de moins de 01 an
  - Enfants obèses.

-pour les enfants présentant un syndrome grippal associé à l'une des pathologies suivantes :

- $T^{\circ} \geq 39^{\circ} C$  ou  $\leq 35^{\circ} C$ .
- Maladie pulmonaire chronique : broncho dysplasie ou Mucoviscidose.
- Insuffisance respiratoire restrictive ou obstructive connue.
- Cardiopathie congénitale ou acquise.
- Encéphalopathie
- Déficit immunitaire connu.

### **2/ CRITERES D'HOSPITALISATION :**

Les catégories de patients devant être hospitalisés dans un hôpital de référence sont suivantes :

- Les patients adultes et enfants présentant l'un des signes de gravité sus cités,
- Les patients adultes et enfants à risque de complications,
- Les patients adultes et enfants présentant une co-morbidité associée suscitées.

En cas de détresse respiratoire, le patient devra être d'emblée orienté et hospitalisé dans le service de réanimation de référence.

Il est à rappeler que l'entourage immédiat des ces cas hospitalisés devra :

- Respecter les règles d'hygiène respiratoire (port du masque pour patient) et d'hygiène des mains (lavage fréquent, répété et soigneux)
- Sec rapprocher de la structure de santé la plus proche du domicile en cas d'apparition de signes d'un syndrome grippal.

### **3/ CRITERES DE CONFINEMENT A DOMICILE :**

En l'absence de tout signe de gravité, de terrain à risque et /ou de Co-morbidité associée sera confinés à domicile, les patients qui présentent :

- Un syndrome respiratoire aigu bénin à modéré (fièvre supérieure à  $38^{\circ} C$ ) Avec courbatures ou asthénie associée à une toux et / ou une dyspnée.)

Et qui dans les 7 jours avant le début des signes cliniques présentent un des critères suivants :

- Soit a eu un contact étroit (<2 mètres) avec un cas probable ou confirmé dans les 24 h avant le début des signes.
- Soit a séjourné dans une zone touchée par la grippe à virus A/H1N1 ; ces patients devront faire l'objet des mesures suivantes :
- **Confinement à domicile pendant 07 jours.**
- **Traitement par l'oseltamivir pendant 05 jours selon les posologies suivantes :**
  - 1 cp 75 mg 2x/j les adultes
  - 1cp à 45mg 2x/j pour les enfants de plus de 15kg
  - 1cp à 30mg 2x/j pour les enfants de moins de kg
    - **Port du masque de protection pour patient (à 03plis)**
    - **Respect strict des mesures d'hygiène respiratoires et d'hygiène des mains**

Ces patients ne nécessitent pas de prélèvements.

Il est à rappeler que l'entourage immédiat es ces cas confinés à domicile devra :

- Veiller au respect des réglés d'hygiène respiratoire (port du masque pour patient) et d'hygiène des mains (lavage fréquent, répété et soigneux)
- Se rapprocher de la structure de santé la plus proche de leur domicile cas d'apparition de signes d'un syndrome grippal.

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاکو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Secrétaire Général

000033

04 DEC 2009 الأمين العام

**INSTRUCTION N° 000033 bis du 04 DEC 2009 complétant l'instruction n° 33 du 03 décembre 2009 relative aux modalités actualisées de la prise en charge des cas de grippe A/H1N1**

<b>Destinataires :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (DSP)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Hospitaliers (EH)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Spécialisés (EHS)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics de santé de Proximité (EPSP)</li> <li>* Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux de CHU.</li><li>* Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran</li><li>* Madame la Directrice Générale de l'INSP</li><li>* Monsieur le Directeur Général de l'IPA</li><li>* Monsieur le Directeur Général de la PCH</li></ul>	<p>Pour exécution et communication aux</p>         <p>Pour exécution Pour exécution Pour information Pour information Pour information</p>
------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

L'instruction n° 33 du 03 décembre 2009 relative aux modalités actualisées de la prise en charge des cas de grippe A/H1N1 est complétée comme suit :

Point 1 (critères de prélèvement)

Toute personne faisant l'objet de prélèvement selon les critères définis ci-dessus doit être mise sous traitement OSELTAMIVE **sans attendre** le résultat virologique du cas selon le schéma thérapeutique ci-après.

- 1cp à 75 mg 2xj pour les adultes
- 1cp à 45 mg 2xj pour les enfants de plus de 15 kg
- 1cp à 30 mg 2xj pour les enfants de moins de 15 kg



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

Le Secrétaire Général

الأمين العام

**INSTRUCTION N°000038 DU 21 DEC 2009 RELATIVE AUX MODALITES**

**DE DISTRIBUTION DE L'OSELTAMIVIR**

<b>Destinataires :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Madame et Messieurs les Walis</li> <li>* Madame et Messieurs les Directeurs Centraux du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière</li> <li>* Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Institutions sous tutelle</li> <li>* Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (DSP)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Hospitaliers (EH)</li> <li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)</li> <li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Spécialisés (EHS)</li> <li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics de santé de Proximité (EPSP)</li> </ul> </li> <li>* Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux de CHU.</li> <li>* Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran</li> <li>* Monsieur le Directeur Général de la PCH</li> <li>* Madame la Directrice Générale de l'INSP</li> <li>* Monsieur le Directeur Général de l'IPA</li> <li>* Monsieur le Président du Syndicat National des Pharmaciens d'Officine ( SNAPO )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour information</li> <li>Pour information</li> <li>Pour information</li> <li>Pour exécution et communication aux</li> <li>Pour exécution</li> <li>Pour exécution</li> <li>Pour exécution</li> <li>Pour information</li> <li>Pour information</li> <li>Pour information</li> <li>Pour exécution</li> </ul>
------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Réf :** Instruction n°36et 37 relatives à l'administration et la prescription de l'Oseltamivir.

A l'effet de mettre en application les instructions sus référencées, le Directeur de la Santé et de la Population devra veiller scrupuleusement, outre à la disponibilité de l'Oseltamivir dans les structures de santé publiques, parapubliques et privées, à l'exécution des directives complémentaires suivantes :

- élaborer un plan de répartition de l'Oseltamivir (dosage adultes et enfant).
  - \* par officine en coordination avec le bureau du SNAPO de wilaya.
  - \* par pharmacie des établissements sanitaires en coordination avec les Directeurs des établissements sanitaires publics ;
- évaluer hebdomadairement l'état d'utilisation de ce médicament par officine et par pharmacie des établissements sanitaires publics.  
 Cette évaluation sera transmise au Directeur Générale de la PCH pour exploitation ;
- transmettre les instructions n°36,37 et 38 à l'ensemble des médecins identifiées et habilitées à la délivrance de l'Oseltamivir.

Le médecin traitant, public, parapublic ou privé, devra :

- établir une ordonnance spécifique à la prescription de l'Oseltamivir (aucune autre prescription ne doit y figurer) dument signée .Celle-ci sera récupérée obligatoirement par le pharmacien lors de la délivrance de l'Oseltamivir.

Le responsable de l'officine privé doit signer un engagement ferme de respect du mode de délivrance de l'Oseltamivir.

- la délivrance est strictement gratuite ;
- la délivrance de l'Oseltamivir ne se fera que sur prescription médicale ;
- il est tenu de garder l'ordonnance honorée ou sa copie ;
- il est tenu de procéder à l'inscription de ces actes de dispensation sur l'ordonnancier détenu par l'officine ;
- il est tenu de délivrer l'Oseltamivir quelque soit l'origine de l'ordonnance (médecin public, parapublic ou privé) ;

Le responsable de l'officine public doit reporter sur un registre coté et paraphé par le Directeur de l'établissement l'ensemble des renseignements suivants : nom et prénoms du patient, date de délivrance de l'ordonnance, numéro du lot de l'Oseltamivir, dosage et quantité délivrée, nom et prénoms et lieu d'exercice du prescripteur.

Je rappelle que cette opération est sous l'entière responsabilité du Directeur de la Santé et de la Population et des instances du SNAPO.

L'ordonnance et le registre sont considérés comme pièce comptable.

L'approvisionnement en Oseltamivir se fait auprès de la Direction de la Santé et de la Population de wilaya et sa délivrance est gratuite.

J'attache une importance toute particulière à la stricte exécution de cette instruction et vous demande de veiller à une coopération saine et fructueuse avec les instances habilitées du SNAPO qui sont à remercier pour leur engagement et leur appui.

الأمين العام

الدكتور عبد السلام شاكو

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLICUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Secrétaire Général

الأمين العام

Instruction N°000039 du 22 DEC 2009 relative aux  
modalités actualisées de déclaration de cas de grippe A/H1N1

<b>Destinataires :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (DSP)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Hospitaliers (EH)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Spécialisés (EHS)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics de santé de Proximité (EPSP)</li> <li>* Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux de CHU.</li><li>* Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran</li><li>* Madame et Messieurs les Directeurs Centraux du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière</li><li>* Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Institutions sous tutelle</li></ul>	<p>Pour exécution et communication aux</p>          <p>Pour exécution Pour exécution</p>
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Réf :** Instruction n° 33 relative aux modalités actualisées de la prise en charge des cas de grippe A/ H1N1.

Suite aux nouvelles modalités de prise en charge des cas de grippe A/ H1N1 liées à l'évolution de la situation épidémiologique de la grippe A/H1N1 tant au niveau national qu'international, la déclaration des cas devra dorénavant, concerner uniquement les patients hospitalisés selon les critères définis dans l'instruction citée en référence.

A cet effet, je vous demande de transmettre au poste de Commandement Opérationnel (PCO) du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière ainsi qu'à INSP, la fiche de déclaration N°1 actualisée, ci-jointe, en remplacement à la fiche de déclaration N° 1 initiale

Cette nouvelle fiche de déclaration actualisée doit être communiquée obligatoirement à tous les établissements sanitaire de référence de la grippe A / H1N1.

Elle doit être affichée de manière visible dans services d'hospitalisation en remplacement de la fiche de déclaration initiale (Veiller à retirer la fiche de déclaration N° 1 initiale).

Toutes les cases de la nouvelle fiche doivent être lisiblement remplies.  
Cette fiche de déclaration devra faire l'objet d'un envoi systématique le jour de l'hospitalisation au PCO ainsi qu'à l'INSP.

J'attache une importance toute particulière à la stricte exécution de cette instruction.

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاكو

WILAYA :

**I- Identification Du Malade**

Nom ..... Prénom .....

Age / / / / mois / année Sexe :1-Masculin / / 2 -Féminin / /

Adresse du domicile : .....

Commune : .....Wilaya : .....

Tel personnel : / / / / / / / / / / / /

Si patient en milieu éducatif :

- Nom de l'établissement scolaire : .....
- Classe fréquentée : .....
- Résidence universitaire : .....
- Centre de formation et adresse : .....

**II -STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE INITIALE**

Type :1-CSP/ / 2- CHU/ / 3- EHU/ / 4-EH/ / 5-EPH/ /6-EHS/ /7- Polyclinique/ /8- Salle de Soin/ / 9-

Clinique privée/ /10-cabinet privé/ / 11-autre/ /.

Nom de la structure : .....

**III STRUCTURE D'HOSPITALISATION**

Nom de la structure : .....

Service d'hospitalisation : .....

Mode d'admission : .....

Par évacuation : .....

Préciser : .....

-par le service des urgences : .....

-Date d'hospitalisation:/ / / / / / / / / /

Date de la premiers signes : / / / / / / / / / /

Symptomatologies présentée par la malade à l'admission :

1-Syndrome grippal avec signe de gravité : / / à préciser.....

2- Syndrome grippal avec co-morbidité associée:/ / à préciser.....

3-Patient à risque de complication :

Femme enceinte : .....non/ / si oui / / Age de la grossesse.....

Autres à préciser : .....

Date de prélèvement naso-pharyngé:/ / / / / / / / / /

Date de mise sous traitement antiviral : / / / / / / / / / /

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

Le Secrétaire Général

الأمين العام

**INSTRUCTION N° 000041 DU 28 DEC 2009 RELATIVE AU LANCEMENT DE LA CAMPAGNE DE  
VACCINATION CONTRE LA GRIPPE A/H1N1 POUR LES PERSONNELS DE SANTE**

<b>Destinataires :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Madame et Messieurs les Walis</li><li>* Madame et Messieurs les Directeurs Centraux du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière</li><li>* Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Institutions sous tutelle</li><li>* Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (DSP)</li> <li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Hospitaliers (EH)<ul style="list-style-type: none"><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Spécialisés (EHS)</li></ul></li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP)</li> <li>* Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux de CHU.</li><li>* Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran</li></ul>	<p>Pour information Pour information</p> <p>Pour information</p> <p>Pour exécution et communication aux</p> <p>Pour exécution Pour exécution</p>
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Réf : - Note n° 1696 du 14 décembre 2009**  
- **Note n° 1720 DU 21 décembre 2009**  
- **Instruction n°29 DU 1<sup>ER</sup> décembre 2009 relative à l'organisation de la campagne de vaccination.**  
**P - J : Deux (02) documents**

Je porte à votre connaissance que la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 des personnels de santé des secteurs publics, parapublic.

Je vous rappelle que la vaccination du personnel du secteur public s'effectuera sur leurs même d'exercice.

Le personnel de santé du secteur public doit se rapprocher des structures de santé publiques les plus proches.

Pour le personnel de santé du secteur parapublic, la vaccination se fera au sein de leurs structures de santé .Les secteurs qui ne disposent pas d'encadrement sanitaire auront à leur disposition et à leur demande les centres vaccineurs du secteur public.

Aux fiches techniques relatives aux modalités de la vaccination qui vous ont été déjà transmises dans la note 1696 du 14 décembre 2009, vous trouverez ci-joint.

- Fiche relative à la trousse d'urgence obligatoire dans tous les centres vaccination ;
- Formulaire de déclaration d'événement indésirable après vaccination antigrippale.

J'attache une importance particulière à l'exécution de l'ensemble des directives sus citées.

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاكو

**FORMULAIRE DE DECLARATION D'EVENEMENT INDESIRABLE  
APRES VACCINATION ANTIGRIPPALE A /H1 N1**

Date de déclaration : / / / / / / / / / / / / / / / /      Wilaya/.....

Nom : / / / /      Date de naissance / / / / / / / / / /      Age..... Sexe : M / /    F / /

Grossesse / oui / /    Non / /    Inconnu / /

Terrain/Histoire de la maladie: / oui / /    Non / /    Si OUI préciser/

.....

Traitement en cours : Oui / / Non / / Inconnu / / Si OUI préciser /

.....

Vaccin	Fabricant	Effet du vaccin	N° dose	Date d'administration

.....1<sup>ère</sup> Dose / /

.....2<sup>ème</sup> Dose / /

Autre vaccin administré

.....

/ / / / / / / / / /

Événements Indésirables	Date de début	Date de la fin	Description de l'événement indésirable (l'examen clinique, biologique) et si traitement

Gravité ; Oui / /      Non / /      Inconnue / /

Si oui ; Mettant en jeu le      / /      Hospitalisation / /

Précisez : .....

Evolution : .....

Séquelles : Oui / /    non / /

Mortelles : Autopsie      Oui / /    Non / /

Nom ; .....

Profession (seulement les personnels de santé) : .....

N° Tel : ..... N°Fax : ..... Email : .....

Adresse : .....

Signature : .....

## Trousse d'urgence

**Médicaments** : se référer à la fiche technique d'aide à la prise en charge des réactions anaphylactiques graves à la vaccination.

- Sérum salé isotonique 0.9% et ou Hymoxyethylamidon(HEA)
- Adrénaline
- Corticoïdes : HHC-Méthylprednisone.
- Terbutaline ou Salbutamol.
- Antihistaminiques : anti H1, Prométhazine.
- Anti H2 : Ranitidine

**Consommables** :

- Seringue Jetables (10cc-5cc-2cc)
- Epicrâniennes – Intranules.
- Perfuseurs
- Gants stériles
- Abaisse-langues
- Compresse stérile
- Sparadrap
- Coton
- Antiseptique

## Matériel et accessoires médicaux nécessaires

**Obus d'oxygène** (détendeur+barboteur+ sondes nasales, lunettes ou masques)

**Thermomètres frontaux**

**Stéthoscope**

**Tensiomètre adulte et pédiatrique.**

**Marteau à réflexes.**

**INSTRUCTION N° 000001 du 02 Janvier 2010 relative au dispositif  
sanitaire inhérent à la Coupe d'Afrique des Nations 2010**

**Pour exécution et suivi**

-Mr le Directeur de la Santé de la population de la Wilaya d'Alger

**Pour Information :**

- Mme et Mrs les Directeurs de la Santé et de la Population
- Mr le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie
- Mr le Directeur Général du CHU Beni Messous
- Mr le Directeur de l'EHS El Haddi FLICI
- Mr le Directeur de l'Etablissement Public de Santé de Proximité de Bouchenafa

Dans le cadre du déplacement des supporters algériens pour la finale de la Coupe d'Afrique des Nations 2010, prévue du 10 au 31 janvier en Angola, un dispositif sanitaire est mis en place par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Parmi les mesures retenues, les vaccinations obligatoires et recommandées ainsi que d'autres mesures de prévention ont été déterminées, il s'agit de :

**1. Vaccination**

Vaccination obligatoire : anti-marielle

Vaccinations recommandées : antiméningococcique (A+C), antidiphthérique et anti-tétanique (DT).

**Ces vaccins seront administrés en fonction du statut vaccinal sans oublier de délivrer le carnet de vaccination dûment consigné.**

- 2. Chimio prophylaxie antipaludéenne (deux comprimés sont remis à chaque personne concernée dont un est pris sur place).**
- 3. Sensibilisation** des voyageurs concernés sur les risques dus aux pathologies suivantes : paludisme, IST/VIH/ Sida, fièvre jaune et les maladies infectieuses et parasitaires : Des conseils de comportement et d'hygiène générale doivent être donnés.
4. Les actes préventifs seront dispensés sur la présentation d'un titre de transport et / ou ordre de mission.
5. Les actes préventifs seront délivrés gratuitement et enregistrés, à l'effet du remboursement par les agences de voyage, du coût des prestations qui sera au prorata du nombre des personnes prise en charge.
6. Les centres de vaccination internationale retenus sont les suivants :
  - SEMEP Sidi M'hamed Bouchenafa - Alger
  - SEMEP CHU Beni Messous – Alger
  - EHS El Haddi FLICI –Alger
  - IPA El Hamma – Alger

A cet effet, je vous demande de prendre les dispositions nécessaires pour la mise en œuvre urgente du contenu de ce dispositif, dès le **03 Janvier 2010** et de veiller personnellement à son application.

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاكو



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLICQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات  
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Secrétaire Général

الأمين العام  
07 Jan 2010

INSTRUCTION NO 000002 DU 07 Janvier 2010 RELATIVE A L'ACCESSIBILITE A

LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE A/H1N1.

<b>Destinataires :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Monsieur le Ministre</li><li>* Monsieur le Chef de Cabinet</li><li>* Monsieur l'inspecteur Général</li><li>* Madame et Messieurs les Directeurs Centraux du Ministère de la Santé et de la Population de la Réforme Hospitalière</li><li>- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Institution sous tutelle</li><li>- Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (DSP)</li> <li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Hospitalières(EH)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics Hospitalières(EPH)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Hospitalière Spécialisés (EHS)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissement Publics de Santé de Proximité(EPSP)</li> <li>* Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU</li><li>-Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran</li></ul>	<p>Pour information Pour information</p> <p>Pour information</p> <p>Pour exécution et communication aux</p> <p>Pour exécution Pour exécution</p>
------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dans le souci de veiller à l'optimisation de l'opération de vaccination contre la grippe A/H1N1. Il vous est demandé de saisir l'opportunité de la vaccination de la population ciblée pour :

Vacciner les personnes concernées et ce indépendamment du nombre de sujets qui se présentent et de faire bénéficier de cet acte les accompagnateurs adultes et enfants (sous réserve de l'accord parental pour ces derniers)

Il est à rappeler que la vaccination des enfants de moins de 06 mois est contre- indiquée.

Par ailleurs, il vous est demandé également de veiller à ce que la quantité de vaccin restante dans le flacon soit détruite au terme de sa durée technique de conservation qui est de 12 heures.

La vaccination de chaque accompagnateur devra faire l'objet d'un d'enregistrement de l'acte vaccinal.

J'attache une importance particulière à la stricte exécution de cette instruction et vous demande de me tenir informé de toute éventuelle difficulté ou contrainte rencontrée dans sa mise en œuvre.

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاكو

**INSTRUCTION N° 000003 MSPRH/ SG/ DU 02 FEVRIER 2010 RELATIVE A L'ORGANISATION DE  
CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE A/H1/N1 DU PERSONNEL ASSURANT LES  
ACTIVITES STRATEGIQUES ET ESSENTIELLES DU PAYS.**

<b>Destinataires :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Monsieur le Ministre</li><li>* Madame et Monsieur le walis</li><li>* Madame et Messieurs les Directeurs Centraux du Ministère de la Santé et de la Population de la Réforme Hospitalière</li><li>- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Institution sous tutelle</li><li>- Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (DSP)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Hospitalières(EH)</li><li>- Directeurs et Directrices des Etablissements Publics Hospitalières(EPH)</li><li>-Directeurs et Directrices des Etablissements Hospitalière Spécialisés (EHS)</li><li>* Directeurs et Directrices des Etablissement Publics de Santé de Proximité(EPSP)</li><li>* Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU</li><li>-Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran</li></ul>	<p>Pour information Pour information</p> <p>Pour information</p> <p>Pour exécution et communication aux</p> <p>Pour exécution Pour exécution</p>
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Réf: -Instruction n°29 du 1<sup>er</sup> décembre 2009  
-Note n°1696 du 14 décembre 2009  
-Instruction n°41 du 28 décembre 2009  
-Instruction n°43 du 31 décembre 2009

Dans le cadre de la vaccination contre la grippe A/H1N1 et conformément aux recommandation de la commission nationale de veille , de suivi et de lutte contre la grippe A/H1N1 , je vous informe que la prochaine phase de cette opération ciblera le personnel assurant les activités essentielles et stratégiques du pays.

A cet effet je vous demande de prendre les mesures nécessaires pour assurer la vaccination des personnels des départements ministériels qui ne disposent pas d'infrastructure ou d'encadrement sanitaire.

La vaccination de cette catégorie de personnels s'effectuera tels qu'édictée dans les instructions sus référencées.

Toutefois.

a/ pour les département disposant d'un encadrement adéquat et répondant aux normes requises par le Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière , **la vaccination s'effectuera au sein de leurs propres structures sanitaires.**

b/ pour les départements ne disposant pas d'un encadrement sanitaire, elle s'effectuera aux niveaux des **centres vaccineurs déjà identifiés pour les précédentes opérations, les plus proches des lieux d'exercice de se personnels.**

En ouvre des équipes mobiles des Services d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP ) peuvent procéder à la vaccination des personnels de certains département s dans des lieux réservées et désignés par ces derniers et à leur demande .

Dans ce cas , un planning sera établi en concertation directe entre le Directeur de la Santé et de la Population et le responsable du département concerné.

J'attache une importance particulière à l'exécution de l'ensemble des directives sus citées.

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاكو

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DE LA PREVENTION  
SOUS DIRECTION DES ACTIVITES DE SANTE DE PROXIMITE

**CIRCULAIRE n° 319 MSPRH / DP /SDASP du 25 mars 2004**

- Mes dames et Messieurs les DSP (tous) Pour exécution
- Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires (tous) Pour exécution
- Monsieur le directeur du secteur sanitaire de l'EHS Pour exécution  
El Hadi Flici (ex El Kettar)

**Objet : Fiche technique relative à la prise en charge des cas d'envenimation scorpionique**

L'envenimation scorpionique demeure dans notre pays une préoccupation majeure pour les services de santé.

Avec 50 000 piqûres par année et pas moins de 100 décès, cette pathologie mobilise constamment le personnel médical, paramédical et auxiliaire des services sanitaires.

A l'effet de faciliter la prise en charge thérapeutique des piqûres par scorpions a travers le territoire national, le comité national de lutte contre l'envenimation scorpionique s'est fixé entre autres objectifs, la standardisation de cette prise en charge afin de diminuer le taux de létalité.

Cette standardisation ne signifie pas forcément consensus thérapeutique du fait des spécificités locales et régionales de personnes et d'environnement qui font qu'il y ait plusieurs méthodes de prise en charge.

Celle que nous vous proposons dans cette fiche technique réconcilie nos objectifs en prenant en compte les expériences vécues sur le terrain par l'ensemble des personnes qui ont collaboré à la synthèse de cette dernière.

Nous espérons que cette fiche technique contribuerait à lever toute équivoque ayant trait à la conduite pratique devant un piqué par scorpion.

J'attache la plus grande importance à la mise en œuvre des directives technique de cette instruction en vous demandant de me faire parvenir toutes vos suggestions, remarques ainsi que les difficultés que vous avez rencontrées pour la mettre en œuvre.

**Le Directeur de la Prévention**

**Dr M.EL .KELLOU**

## FICHE TECHNIQUE 1

### 1-ELEMENT D'EVALUATION D'UNE PIQURE DE SCORPION :

#### 1-1 Considérations épidémiologiques :

La classification des wilayas concernées en quatre (04) zones à risque létal différent, proposée lors du consensus thérapeutique de 1999 a connu un léger changement en rapport avec l'évolution de la situation épidémiologique; C'est ainsi que quelques wilayas sont passées de zones de très forte létalité moyenne.

ZONES ROUGES LETALITE +++	ZONES ORANGES LETALITE ++	ZONES BLEUES LETALITE +	ZONES VERTES LETALITE 0
OUARGLA DJELFA EL-BAYADH BISKRA NAAMA EL OUED M'SILA	ADRAR LAGHOAT GHARDAIA BATNA BECHAR TEBESSA MEDEA TINDOUF TISSEMSILT ILIZI TIARET TAMANRASSET	SAIDA KHENCHLA BOUIRA B.B.ARRERIDJ	BEJAIA GUELMA MILA AIN DEFLA TLEMEN

#### 1-2-Elément d'évaluation

##### A – L'ESPECE :

###### ANDROCTONUS AUSTRALIS

Le plus dangereux.

Espèce de grande taille, pouvant atteindre jusqu'à 10 cm.

Teinte brune avec des parties du corps (dos –pincés) souvent noires.

Queue épaisse jusqu'au 4<sup>ème</sup> anneau

Possède 06 toxines redoutables.

###### BUTHUS OCCITANUS

Peut-être dangereux.

Taille moyenne de 4 à 7 cm

Teinte claire, jaune uniforme de la tête à la queue.

La queue est grêle.

Possède 13 toxines identifiées à ce jour.

##### B – LES AUTRES ELEMENTS :

- L'âge du malade :

L'adulte jeune est le plus touché par les piqûres, mais nous retrouvons les taux de létalité plus importants aux âges extrêmes.

La taille du scorpion :

La quantité de venin inoculée peut-être proportionnelle à la taille du scorpion ; Elle varie d'une piqûre blanche jusqu'à l'injection de la totalité de la bourse du venin.

- Le siège anatomique de la piqûre :

Les membres sont plus fréquemment touchés, mais la piqûre est plus dangereuse dans les régions vascularisées.

- Les tares associées :

Interviennent également dans l'évaluation.

- La saison :

La période chaude est la plus redoutable, sans oublier que dans certaines wilayas les cas de piqûres sont enregistrés le long de l'année.

Les vents de sable constituent également des facteurs de risque.

- L'heure de la piqûre :

Le plus fort aux taux de piqûres est enregistré le soir.

## **FICHE TECHNIQUE 2**

### **1- TABLEAU CLINIQUE :**

Sur le plan clinique, la classification est la suivante.

#### **CLASSE 1**

Signes locaux :

- Douleur d'intensité variable au point de piqure
- Fourmillements.
- Paresthésies ou brûlures pouvant s'accompagner d'un engourdissement qui peut-être déclenché par la percussion ou le toucher (Tap test +).

#### **CLASSE 2**

Aux signes locaux qui peuvent être plus marqués s'ajoutent des signes généraux signant un dérèglement neurovégétatif avec un ou plusieurs signes pouvant être Rattachés à l'un des syndromes que peut réaliser l'envenimation scorpionique (Voir Annexe).

#### **CLASSE 3**

Signes généraux majorés avec défaillance d'une ou de plusieurs fonctions vitales.

- Troubles respiratoires :

L'insuffisance respiratoire aiguë fait la gravité du tableau initial.

Elle associe polypnée, cyanose avec des signes de lutte : tirage, battement des ailes du nez, mousse aux lèvres et râles crépitants.

Le téléthorax montre fréquemment des signes d'OAP.

Il est admis que l'OAP est d'origine cardiogénique.

Et /Ou

- Troubles cardio-vasculaires :

Hypertension artérielle est rarement constatée chez nos malades piqués ; on peut

Observer à la suite d'une poussée d'HTA une phase d'hypotension artérielle.

Tous les troubles du rythme peuvent être retrouvés : Tachycardie, bradycardie, fibrillation auriculaire ou ventriculaire, BAV .....etc.

Et /Ou

- Troubles neurologiques centraux :

Les manifestations centrales observées sont :

Les myoclonies

L'agitation

Les fasciculations

Les crampes musculaires

Les troubles de la conscience

Le priapisme

Les convulsions plus fréquentés chez l'enfant

La dysrégulation thermique

L'atteinte oculaire rare

Le coma

### **2- FACTEURS PREDICTIFS D'AGGRAVATION :**

Dans l'évaluation des acteurs prédictifs, certaine manifestation doivent être considérées comme annonciatrices d'aggravation :

L'hyperthermie

La bradycardie

Le priapisme

L'hyperglycémie > 2 g / l

Les troubles des fonctions vitales.

Ces derniers seront d'autant plus pris en considération que d'autres facteurs peuvent s'y ajouter :

Les signes neurologiques sévères

L'espèce et la taille des scorpions

L'âge du piqué

Le siège anatomique d'inoculation

Le délai de prise en charge

Les tares associées.

ANNEXE

### **SYNDROMES POUVANT-ETRE INDUIT PAR L'ENVENIMATION SCORPIONIQUE :**

Syndrome cholinergique (para sympathique) :

- Hypersécrétion
- Priapisme
- Diarrhée
- Bradycardie
- hypotension artérielle

Syndrome adrénérique (Sympathique) :

- Tachycardie
- Hyper sudation
- Hypertension artérielle
- Froideur des extrémités

Syndrome neurologique central :

- Hypertension intracrânienne
- Irritabilité
- Agitation
- Dysrégulation thermique
- Nausées
- Vomissements.

### FICHE TECHNIQUE 3

A / PRINCIPE : La conduite à tenir :

- Doit tenir compte de la région géographique concernée :
- Classification des zones en fonction du taux de létalité.
- Doit éviter les gestes inutiles et / ou dangereux scientifiquement non validés :
  - La succion (inutile).
  - La contention du membre atteint.
  - La scarification.
  - La pose de garrot (expose aux dangers de l'ischémie sans faire barrage au venin).
  - L'infiltration locale d'analgésiques.
  - L'application de la pierre noire.
  - L'utilisation de gaz (c'est le froid engendré qui calme la douleur).
  - La désinfection.
  - L'antibiothérapie (non justifiée en dehors de l'apparition de complications infectieuses).
  - L'administration de sérum antitétanique.

B / CONDUITE PRATIQUE :

#### CLASSE 1

- \* La mise en observation :
  - Garder le malade en observation 4 à 6 heures, l'absence de symptomatologie inquiétante justifiant sa sortie.
  - \* La sérothérapie :
  - SERUM Anti-Scorpionique : 1 ampoule en IM
- NB : S'abstenir d'administrer le sérum anti-scorpionique aux piqués qui arrivent après 06 heures s'ils ne présentent aucun signe clinique.
- \* La thérapeutique adjuvante :
  - Aspegic : Peut-être prescrit comme antalgique, anti-inflammatoire et antipyrétique aux doses thérapeutiques.
  - \* 0.5 à 1 g à renouveler toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 4g chez le jeune et 2 g chez le vieillard.
  - Hemisuccinate d'Hydrocortisone : Peut-être administrée à raison de 5 à 10 mg / kg par 24 heures en IVD.

#### CLASSE 2

- Une hospitalisation de 24 heures minimum est recommandée.
  - La réanimation est en rapport avec la symptomatologie observée.
  - \* La sérothérapie :
- Du point de vue scientifique, la voie IV serait la plus efficace.  
Compte tenu de la pratique sur le terrain, la voie IV est réservée aux situations potentiellement graves.
- Serum Anti-Scorpionique : 1 ampoule par voie IM profonde à renouveler toutes les 03 heures si pas d'évolution clinique favorable.
- Au-delà de 12 heures, l'administration de SAS n'est plus justifiée.

#### CLASSE 3

- \* la sérothérapie : est utilisée en raison de la relibération de toxines
  - Serum anti- scorpionique : 1 ampoule par voie IM profonde à renouveler toutes les 03 heures si pas d'évolution clinique favorable.
- Au-delà de 12 heures, l'administration de SAS n'est plus justifiée.
- \* La réanimation : ne peut se concevoir que dans un service de soins intensifs disposant d'équipements adéquats :
  - Unité d'urgences
  - Ou salle de réveil de chirurgie
- Et pouvant assurer :
- Liberté des voies aériennes supérieures (Aspiration, Intubation)
  - Ventilation assistée correcte pouvant assurer une oxygénation adéquate.
  - Intubation trachéale.
- Compte tenu de la spécificité clinique de l'envenimation scorpionique observée en Algérie, la situation la plus fréquente est :
- L'OAP qui est d'origine cardiogénique
  - Et / ou l'état de choc.
- La drogue la plus efficace est :

- LE DOBUTAMINE (Dobutrex) : Utilisé en cas de défaillance cardiaque avec un remplissage vasculaire prudent et une oxygénation.

Le dobutrex est utilisé à raison de 10 à 15 gamma / kg / mn.

Exemple : Personne de 70 kg :

10 gamma / 70 kg / 1440 mn (soit 24 heures).

$10 \times 70 \times 1440 = 1008\ 000$  gamma = 1008 mg

Si une amp = 250 mg le malade doit recevoir

4 amp / 24 heures.

Après amélioration clinique, l'arrêt du dobutrex doit être progressif.

NB : La voie IV est réservée aux sérums auto logues (d'origine humaine)

Avec une condition monovalente ; Le sérum anti-scorpionique présente sous forme unidose actuellement sur notre marché est par contre hétérologue (du cheval) et polyvalent. Il ne peut alors être administré par cette voie.

\* Les autres thérapeutiques : en cas de besoin.

- En cas de vomissements : utiliser du PRIMPERAN

- En cas de fièvre, L'ASPEGIC comme antipyrétique est utilisé aux doses thérapeutiques.

- Les ANTISPASMODIQUES et ANTIHISTAMINIQUES : peuvent être utilisés.

- En cas d'agitation, le LARGACTIL est prescrit aux doses usuelles :

- Adulte : 1 amp en perfusion ou en IVD à renouveler plusieurs fois par jour si nécessaire.

- Enfant : - Moins de 05 ans : 1 mg / kg en 2 ou 3 prises

- Plus de 05 ans : 1/3 de la dose de l'adulte.

\* Les médicaments entraînant une dépression respiratoire comme le VALIUM

ne peuvent être utilisés qu'en cas de nécessité et avec une surveillance rigoureuse.

- Le GARDENAL est très conseillé chez l'enfant toujours aux doses habituelles.

- Adulte : 1 à 2 ampoules à 200 mg / jour en S / C ou IM

- Enfant : 12 à 30 mois 10 à 20 mg / j

30 mois à 15 ans 20 à 40 mg selon l'âge.

- En cas de bradycardie, l'ATROPINE est utilisée :

- Adulte : 0.5 à 1 mg en IVD pouvant être renouvelé si nécessaire.

- Enfant : 0.25 mg à renouveler.

- L' HEMISUCCINATE D'HYDROCORTISONE : Peut être utilisé à raison de 5 à 10 mg / kg en IVD.

En cas d'hypertension artérielle, le LOXEN est l'anti-hypertenseur

à utiliser mais avec prudence.

- Respecter l'HTA si elle modérée c à d jusqu'à 170 mm hg.

- Si TA > 170 mm hg : 0.5 à 1 mg de loxen en IVD lente à renouveler éventuellement.

**INSTRUCTION N° 326 MSPRH / DP / SDASP du 28 FEV 2005**

-----  
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires  
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des CHU  
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des EHS  
- Mesdames et Messieurs les DSP " Pour exécution "  
-----

**OBJET: A/S Canevas d'évaluation des cas de piqûres et de décès par envenimation scorpionique**

De part ses taux de mortalité et de morbidité annuels, l'envenimation scorpionique est un fléau national. L'amélioration de la connaissance de la situation épidémiologique est liée obligatoirement à l'utilisation de supports simples de déclaration. Les premiers modèles de canevas ont été introduits et mis en application dès la création du comité national de lutte contre l'envenimation scorpionique; Ce qui a permis d'une part aux responsables de santé locaux d'analyser leurs données et de prendre les mesures nécessaires pour la mise en œuvre de plans d'actions et d'autre part au comité national de mettre en place une stratégie de prise en charge globale de ce fléau.

Seulement, l'exploitation des données recueillies par le biais de ces derniers pour le traitement de l'information nous a permis de constater que ceux mis en place à ce jour ont montré leurs limites car la maîtrise de la situation épidémiologique actuelle exige de nous une amélioration du dispositif de déclaration surtout avec l'avènement de nouveaux logiciels informatiques.

A cet effet, nous avons tenu des séminaires-ateliers dans toutes les wilayas concernées par ce problème avec la participation des responsables de ce programme pour la correction et l'amélioration des canevas de déclaration. A la suite de ces séminaires, de nouveaux supports ont été élaborés; Ces derniers répondant mieux à nos attentes. Ainsi, les nouvelles fiches scorpion **A** et **B** dont ci-joint les modèles seront remplies dans la structure sanitaire où le malade piqué est reçu et pris en charge.

La fiche enquête décès **C** sera remplie par le médecin ayant constaté le décès dans une structure hospitalière ou extra-hospitalière ou sur les lieux de travail ou d'habitat après déclaration de ce dernier.

La nouvelle fiche mensuelle **D** sera remplie au niveau du SEMEP et transmise à la Direction de la Santé de la Wilaya; A ce niveau là, une synthèse mensuelle sera réalisée et transcrite sur une fiche scorpion identique.

Cette fiche de l'envenimation scorpionique qui représente une synthèse des différents paramètres liés à l'envenimation scorpionique sera transmise mensuellement à la Direction de la Prévention du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, à l'INSP et aux ORS de la région sanitaire accompagnée des fiches enquêtes décès.

Le circuit de transmission de l'information des situations particulières (canicules, vent de sable, etc...) restera le même que celui adopté jusqu'à ce jour.

Les membres du comité restent à votre disposition pour tout éclaircissement utile.

Afin de nous permettre d'uniformiser la déclaration à travers tout le territoire national, ces nouvelles fiches de déclaration seront mises en application à partir du mois de janvier 2005 et vous seront retournées dans le cas où elles ne respecteront pas les orientations décrites ci-dessus.

J'attache beaucoup d'importance à l'application des directives de ces présentes fiches et encourage la prise de toute initiative pouvant améliorer les objectifs du programme de lutte contre l'envenimation scorpionique.

**La Directrice de la Prévention**

**F. BELATECHE**



FICHE DE SCORPION - A •

N°-----

- Année :  
- Wilaya : - Secteur Sanitaire

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (Préciser le jour, le mois et l'année)  
Sexe: M /\_! F /\_/  
Profession :  
Adresse de résidence :  
- Commune : - Wilaya :  
Lieu de l'accident :

o Commune : - Rural : \_\_\_ - Urbain : \_\_\_

o Intérieur de la maison : 1\_1 - Extérieur de la maison : - Aire de jeu ;  
- Lieu de travail  
ou de scolarisation /\_/\_/  
- Autres : \_\_\_

Date de l'accident : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Heure de l'accident : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/  
Date du 1<sup>er</sup> examen : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (Préciser le jour, le mois et l'année)  
Heure du 1<sup>er</sup> examen : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/Min

Circonstances de survenue (Préciser l'activité du patient au moment de l'accident)

Antécédents pathologiques :  
Siège anatomique de la piqûre :  
Décision : - Mise en observation : Oui \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (Préciser date)  
/\_\_\_/\_\_\_/ (Préciser date)  
/\_\_\_/\_\_\_/ (Préciser date)  
- Hospitalisation : Oui \_\_\_ /\_ /\_  
- Evacuation : Oui [ \_\_\_ /\_ /\_  
Si évacuation, préciser type : Médicalisée Oui 1\_1  
Classification :

	HO	HI	H2	H3	H4	H5	H6
Classe							

(H 0 au moment de l'arrivée)

Traitement : - Sérum Anti scorpionique : Oui 1—1 Non 1—1  
- Autres (Préciser) :

Avez-vous vu le scorpion : Oui || Non ||

Devenir : - Guérison : Oui /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/1 (Préciser date)

- Décès : Oui \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/1 (Préciser date)/ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/Min  
H /\_ /Min

- Si décès, prière remplir Fiche d'Enquête Décès - D -

- Nom :  
 - Prénom :  
 - Date de naissance : / / / (Préciser le jour, le mois et l'année)  
 - Date de l'accident : / / /  
 - Heure de l'accident: / H / / Min

HEURE		H0	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H8	H10	H12	H16	H24
<b>CLINIQUE</b>	Douleur												
	Tachycardie												
	Hyper sudation												
	Hypertension Art												
	Froideur des extrémités												
	Hypotension Art												
	Priapisme												
	Diarrhée												
	Bradycardie												
	Vomissements												
	Râles crépitants												
	Arythmie												
	Etat de choc												
	Choc Cardiogénique												
	Agitation												
	Contracture												
	Convulsions												
Coma													
Hyperthermie													
Glycémie													
<b>CLASSE</b>													
<b>THERAPEU TIQUE</b>	SAS												
	Atropine												
	Aspégic												
	Corticoïdes												
	Dobutrex												
	Loxen												
	Oxygénation masque												
	Ventilation												
	Autres (préciser)												
	*												
*													

- Devenir : - Guérison: / / (Préciser date)  
 - Décès : / / (Préciser date)  
 / / H / / Min

- Si décès, prière remplir Fiche d'enquête décès - D -

**FICHE D'ENQUETE DECES  
DE L'ENVENIMATION SCORPIONIQUE – C –**

N°.....

- Nom du médecin coordinateur de l'enquête :

- Année :

- Wilaya :

- Secteur Sanitaire :

- Nom :

- Prénom :

- Date de naissance : / / (Préciser le jour, le mois et l'année)

- Sexe : M / / F / /

- Adresse de résidence :

- Commune

- Wilaya

- Type d'habitat : - Maison individuelle

- Immeuble

- Hab, précaire, bidonville

- Autres


- Lieu de l'accident : - Intérieur de l'habitation

- Extérieur de l'habitation


- Lieu de prise en charge initiale du piqué : - Salle de soins, centre de santé

- Polyclinique

- Hôpital

- Autres


- Si évacuation, préciser la structure :

- Siège anatomique de la piqûre :

- Lieu du décès : - Domicile :

- Structure de santé : Hop

USB

- Autres :

- Date du décès : / / (Préciser le jour, le mois et l'année)

- Heure du décès : / / H / / Min

- Classification :

	H 0	H 1	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6	H 8	H 10	H 12	H 16	H 24
CLASSE												

(H 0 au moment de l'arrivée)

- Préciser la classification au moment du décès

**FICHE MENSUELLE  
DE L'ENVENIMATION SCORPIONIQUE – D –**

**WILAYA :**

**MOIS :**

**- Nombre de piqûres par tranches d'âge :**

< 1 An		1 - 4 Ans		5 –14 Ans		15 – 49 Ans		> 50 Ans		Total		Total Général
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	

**- Nombre de décès par tranches d'âge :**

< 1 An		1 - 4 Ans		5 –14 Ans		15 – 49 Ans		> 50 Ans		Total		Total Général
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	

**- Siège de la piqûre :**

	Membre Sup		Membre Inf.		Tronc		Tête		Autres	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Nombre										

**- Lieur de la piqûre :**

	Intérieur de l'habitation				Extérieur de l'habitation			
	M		F		M		F	
Nombre								

**- Heure de la piqûre :**

	0 – 5 H		6 – 11 H		12 – 17 H		18 – 23 H	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Nombre								

**- Traitement administré :**

(Nombre d'ampoules de SAS utilisées durant la période considérée)

**- Observations :**

**Instruction Ministérielle N° 023 MSPRH / MIN du 18 Juin 2007**

DESTINATAIRES

- MESSIEURS LES WALIS DE /

Adrar, Chlef, Laghouat, Batna, Béjaia, Biskra, Béchar, Bouira, Tamanrasset, Tébessa, Tlemcen, Tiaret, Tizi-Ouzou, Djelfa, Sétif, Saida, Guelma, Médéa, M'sila, Mascara, Ouargla, El Bayadh, Illizi., Bordj Bou Arreredj, Tindouf, Tissemsilt, El Oued, Khenchla, Souk Ahras, Tipaza, Mila, Ain Defla, Naâma, Ghardaia,.

- EN COMMUNICATION A MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS DE SANTE DE WILAYAS

**OBJET: Prévention et lutte contre l'envenimation scorpionique**

Les accidents d'envenimation scorpionique continuent à poser un problème de santé publique en Algérie. Les hauts plateaux et le sud de l'Algérie représentent les régions les plus exposées à cette pathologie.

Le nombre de malades piqués ayant nécessité une prise en charge en 2006 a été près de 50 000 cas avec 62 décès.

Les coûts des traitements de cas simples exigeant une mise en observation ou une hospitalisation de jour et une surveillance de quelques paramètres cliniques oscillent entre 2 000 et 3 000 DA par piqûre de scorpion.

Les cas sévères exigeant une hospitalisation et une réanimation ont des coûts qui dépassent les 1500 DA par jour.

Ces dépenses grèvent lourdement les budgets des secteurs sanitaires.

Le meilleur salut à apporter aux populations, c'est l'intégration effective de l'envenimation scorpionique dans un programme multisectoriel basé en premier lieu sur les collectivités locales.

La prévention reste la seule arme efficace et doit faire participer tous les secteurs concernés ; Autorités locales, protection civile, associations, services de santé et population des régions exposées à ce fléau.

Elle a pour but de diminuer l'incidence et la morbidité des piqûres de scorpions et consiste en un ensemble de précautions et d'actions qu'il est nécessaire de prendre avant la saison estivale, à savoir :

**\* L'hygiène du milieu :**

Mise en œuvre de plans communaux de développement

- Goudronnage, électrification.
- Ramassage des ordures ménagères et des gravats.
- Respect des règles urbanistiques

Sensibilisation des agriculteurs sur le respect des moyens de protection individuelle (gants, bottes surtout).

L'utilisation des prédateurs, poules, hérissons, etc...

Le ramassage de scorpions :

-Promotion et développement du ramassage de scorpion dans le voisinage immédiat et à l'intérieur des habitations qui a un double intérêt.

- Il permet la réduction de la densité des scorpions
- il permet à l'institut Pasteur de fabriquer du sérum anti scorpionique

**\* L'information, l'éducation et la communication**

Qui vise en premier lieu le changement de comportements à risque comme certaines croyances et traditions préjudiciables telles que l'utilisation de la pierre noire, du gaz butane, du garrot, de la succion, etc...

J'attache la plus haute importance à l'application des recommandations prescrites ainsi qu'au contrôle et au soutien aux efforts d'application

Le 21 Janvier 2007

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات  
عمار نو

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION DE LA PREVENTION  
ET DE L'EDUCATION SANITAIRE

***GUIDE TECHNIQUE A L'USAGE DES MEDECINS RESPONSABLES DE LA LUTTE ANTI-  
TUBERCULEUSE DANS LES SECTEURS SANITAIRES***

***1989***

***Instruction n° 22/ MSP/ DPES du 16/04/87***

## P R E A M B U L E

*Les directives contenues dans le guide technique concernent le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose ainsi que la vaccination B.C.G.*

*Elles doivent être strictement appliquées dans tous les secteurs sanitaires d'Algérie, par tous les personnels de la santé exerçant sur le territoire national, quel que soit le cadre de leur activité professionnelle.*

*Le programme antituberculeux a été établi en fonction des réalités nationales ; son succès implique une discipline commune et exclut toute initiative individuelle hors du cadre prévu par ces directives.*

*En cas de difficultés dans l'application des directives techniques, il appartient aux personnels de santé de demander conseil et soutien par voie hiérarchique aux responsables de la lutte antituberculeuse de leur secteur sanitaire, au Médecin spécialiste consultant de la wilaya, et en cas de besoin au responsable de la lutte contre la tuberculose, Direction de la prévention et de l'éducation sanitaire, Ministère de la santé publique, Alger.*

## 1. IMPORTANCE ET EVOLUTION DU PROBLEME DE LA TUBERCULOSE EN ALGERIE.

Malgré les efforts déployés depuis vingt ans, la tuberculose demeure encore aujourd'hui l'un des problèmes majeurs de santé publique en Algérie.

- 1.1. La situation épidémiologique s'est améliorée cependant depuis vingt ans. Les enquêtes tuberculiques réalisées en 1964 -1966, dans le cadre de la préparation du programme national antituberculeux, avaient montré l'existence d'un risque annuel d'infection supérieur à 3% dans le nord du pays et compris entre 1 et 3% dans le sud. Cette incidence annuelle de l'infection traduisait l'existence de 200 cas contagieux environ pour 100 000 habitants, soit 20 000 cas pour l'ensemble du pays (12 millions d'habitants à l'époque) chaque année.
- 1.2. De 1976 à 1980, on pouvait estimer que l'incidence annuelle de la tuberculose contagieuse, c'est-à-dire le nombre annuel de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire confirmée par la découverte de bacilles à l'examen microscopique de l'expectoration est de 100 cas pour 100 000 habitants, ce qui représente pour l'ensemble du pays 18 000 à 20 000 nouveaux cas contagieux par année. Cette incidence annuelle moyenne des cas à « microscopie positive » correspondait à un risque annuel d'infection de 1,6%.
- 1.3. De 1981 à 1984, 15 000 cas environ de tuberculose toutes formes confondues ont encore été déclarés chaque année par l'ensemble des secteurs sanitaires du pays, parmi lesquels 7 000 malades présentaient une tuberculose pulmonaire contagieuse. Ce dernier chiffre est certainement sous-estimé en raison de l'insuffisance de certains laboratoires de microscopie.
- 1.4. En 1985, le risque annuel d'infection tuberculeuse est estimé à 1% en moyenne nationale.
- 1.5. Les objectifs opérationnels pour le dépistage qui découlent de cette étude épidémiologique succincte sont alors les suivants :

Le nombre de nouveaux tuberculeux (toutes localisations) à dépister et à traiter chaque année dans chaque secteur sanitaire peut être estimé à 100- 150 cas pour 100 000 habitants. Ces cas devraient se répartir de la façon suivante :

- 30 à 75 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive, qui constituent les principales sources d'infection dans la collectivité.
- 30 à 40 cas de tuberculose extra pulmonaire (pleurale, péritonéale, ganglionnaire, ostéo-articulaire, rénale, génitale,...etc).
- 30 à 35 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative mais à culture positive (qui ne peuvent être diagnostiqués que dans les secteurs ayant accès à un laboratoire de culture).

Ces chiffres représentent les objectifs généraux du dépistage et du traitement de la tuberculose. Ils sont fondés sur une estimation moyenne nationale, ce qui n'exclut pas des variations locales dans certaines régions.

En fonction de sa situation épidémiologique, chaque secteur sanitaire fixe ses propres objectifs de dépistage. Les résultats de ce dépistage pourront alors être comparés à ceux retrouvés dans d'autres régions du pays. Cependant, qu'ils se situent dans les limites maximales ou minimales de ces estimations, les résultats retrouvés dans chaque secteur sanitaire doivent toujours entraîner une réflexion sur la qualité de l'application des directives techniques et la recherche des meilleurs moyens de l'améliorer.

Car seule l'application rigoureuse des méthodes de lutte efficaces et standardisées prévues par le programme national antituberculeux contribue puissamment à réduire l'ampleur du problème de la tuberculose.

## 2. LES STRUCTURES DU PROGRAMME NATIONAL ANTITUBERCULEUX.

2.1. Au niveau central, le programme national antituberculeux est conçu élaboré, supervisé et évalué par le service de la tuberculose au Ministère de la Santé Publique.

Le service de la tuberculose est assisté d'une Commission Nationale Consultative de la tuberculose et des Maladies Respiratoires.

Le laboratoire central de la tuberculose, sous l'égide du service de la tuberculose, est le laboratoire de référence pour l'élaboration et l'évaluation du programme, le contrôle de qualité des techniques de laboratoire et la formation des personnels de laboratoire.

Les médecins universitaires et les médecins de santé publique spécialisés en pneumo-physiologie et en bactériologie sont responsables de la supervision et de l'évaluation de l'exécution du programme national antituberculeux dans les différentes wilayates qu'ils visitent au moins une fois par an.

2.2. Au niveau de la wilaya, le Directeur de la Santé est responsable de la coordination des activités de lutte antituberculeuse des différents secteurs sanitaires, de la supervision et de l'évaluation de ces activités, ainsi que du développement et du fonctionnement des services de bactériologie de la tuberculose (microscopie et culture).

Le directeur de la Santé est assisté dans sa tâche par le sous-directeur de la prévention, le Médecin spécialiste chef du service de pneumo-physiologie dans le secteur sanitaire du chef-lieu de la wilaya (ou le médecin chargé de la lutte antituberculeuse dans la wilaya) et le chef du laboratoire.

Les différents secteurs sanitaires de la wilaya sont visités au moins deux fois par an par un responsable de la wilaya, pour la supervision et l'évaluation des activités de lutte antituberculeuse.

2.3. Au niveau du secteur sanitaire, le Directeur du secteur assisté du chef de service de la prévention, est responsable de l'exécution des tâches du programme national antituberculeux dans toutes les unités sanitaires du secteur, et de l'application des directives techniques par tous les personnels de santé, quels que soient leur lieu de travail et leurs conditions d'exercice.

Un médecin est désigné par le Directeur du Secteur Sanitaire pour assurer la coordination du dépistage et du traitement de la tuberculose pour tout le secteur : ce médecin est responsable de la tenue du registre de déclaration des cas de tuberculose et du fichier des malades, du contrôle du laboratoire de microscopie du secteur, de la prescription de régimes de chimiothérapie conformes aux directives nationales. Il est chargé de la supervision du réseau de dépistage et de traitement, de la coordination entre les diverses structures sanitaires pour faciliter le dépistage (ramassage des échantillons de crachats) et le traitement ambulatoire (supervision de la régularité du traitement).

Ce médecin est aussi chargé de superviser la commande des médicaments antituberculeux, des crachoirs, des lames et des réactifs de laboratoire nécessaires à la recherche du bacille tuberculeux et de signaler les pannes de la microscopie ou de l'appareillage radiologique.

Le chef du service de prévention est chargé d'assurer la commande et la conservation du vaccin B.C.G, et d'en contrôler l'utilisation. De même, il est responsable de la commande des seringues spéciales pour le B.C.G et des aiguilles intradermiques.

Le médecin responsable de la lutte antituberculeuse ou le chef du service de prévention visitent au moins une fois par trimestre toutes les structures sanitaires chargées d'exécuter les tâches de lutte antituberculeuse en vue de résoudre les problèmes techniques ou organisationnels qui peuvent se poser.



### 3. LE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Le dépistage de la tuberculose est une activité dont le but est d'identifier dans la collectivité, de façon permanente, les sources d'infection tuberculeuse en vue de les stériliser par chimiothérapie.

Les sources d'infection sont les malades atteints de tuberculose pulmonaire dont l'expectoration contient des bacilles en nombre tels qu'ils sont retrouvés par l'examen des étalements de crachats.

#### 3.1. Les objectifs du dépistage.

L'OBJECTIF PRIORITAIRE DU DEPISTAGE EST DONC D'IDENTIFIER ET DE TRAITER LES TUBERCULEUX PULMONAIRES A MICROSCOPIE POSITIVE.

Ils sont de beaucoup, les cas les plus dangereux pour la collectivité et ils sont eux-mêmes en danger de mort s'ils ne sont pas traités. Ils sont actuellement les plus nombreux. Ils présentent toujours des symptômes respiratoires. Ces malades sont donc les plus faciles à identifier dans tous les secteurs sanitaires grâce au laboratoire de microscopie.

Le laboratoire de microscopie devra faire les preuves de son efficacité pendant plusieurs années consécutives en dépistant un nombre de tuberculoses pulmonaires à frottis positif proche du chiffre attendu pour le secteur sanitaire. C'est alors que le recours à la culture sera le plus rentable ; celle-ci devra être plus largement entreprise pour les cas suspects de tuberculose pulmonaire mais à microscopie négative : ces cas suspects sont définis par les symptômes cliniques et radiologiques précis et ne doivent pas être admis au traitement sans preuve bactériologique, sauf cas exceptionnel.

#### 3.2. Groupe de population à examiner dans le cadre du dépistage de la tuberculose pulmonaire.

La majorité des cas de tuberculose pulmonaire seront découverts en examinant les catégories suivantes de la population générale :

a) Les personnes consultant dans une structure sanitaire pour des symptômes respiratoires durables (toux et expectoration pendant plus de deux semaines) ou évocatrices (hémoptysie s'accompagnent parfois d'une fièvre au long cours, ou d'un amaigrissement inexplicable).

b) Les personnes qui vivent au contact étroit, dans le même logement, d'un cas de tuberculose pulmonaire, surtout si elles présentent des symptômes (voir annexe IV).

c) Les personnes chez lesquelles on découvre des images radiologiques pulmonaires suspectes au cours d'un examen médical général occasionnel ou systématique (visite d'embauche, incorporation dans l'armée, surveillance des travailleurs exposés au risque de pneumoconiose, et des malades traités pour diabète sucré ou soumis à un traitement immunodépresseur).

#### 3.3. Personnels de santé chargés du dépistage de la tuberculose pulmonaire et utilisation des moyens radiologiques.

L'action de dépistage de la tuberculose pulmonaire se déroule en permanence dans toutes les unités sanitaires du pays.

3.3.1. Dans les unités sanitaires dépourvues de moyens, l'interrogatoire des personnes qui consultent pour des symptômes par les agents paramédicaux (interrogatoire complété éventuellement par les données de l'examen physique réalisé par les médecins) permet de sélectionner les personnes qui ont des symptômes respiratoires durables (ou évocateurs) et les sujets contact qui présentent ces symptômes.

3.3.2. Dans les unités sanitaires disposant de moyens radiologiques, les médecins chargés de l'interprétation des images radiologiques demanderont des examens bactériologiques des crachats pour toutes les personnes qui ont des images suspectes de tuberculose pulmonaire à l'occasion de symptômes respiratoires ou d'un examen systématique. L'examen bactériologique des crachats ne sera fait, et éventuellement répété, que pour ces personnes-là.

L'examen radioscopique peut être utilisé en cas d'urgence ou pour des cas isolés : il est insuffisant pour assurer une bonne sélection. En outre, il est potentiellement dangereux et ne doit pas être répété. Il est à éviter pour examen de dépistage systématique d'une collectivité (armée, travailleurs exposés).

L'examen radio photographique sera réservé à des centres de dépistage spécialisés, susceptibles de rassembler chaque jour plus de 50 personnes ayant des symptômes respiratoires. En pratique, un appareil radio photographique doit être installé dans tout dispensaire spécialisé ou polyclinique couvrant une population urbaine de plus de 200 000 habitants. Cet appareil doit être accessible, et fonctionner matin et soir en vue de réaliser au minimum 50 clichés par jour ouvrable pour être rentable.

#### 3.4. Le recueil des crachats des « cas suspects » et leur envoi au laboratoire.

3.4.1. Pour tout cas suspect, deux échantillons de crachats **purulents ou muco-purulents**, d'un volume de 2 ml au minimum, doivent être recueillis dans des crachoirs spéciaux, à couvercle vissable hermétiquement. Ces échantillons sont recueillis de préférence le matin au lever, mais peuvent être recueillis à n'importe quel moment de la journée, même si le consultant n'est pas à jeun.

Il est recommandé de recueillir un échantillon de crachats, au moment de consultation et de faire recueillir l'autre par le consultant lui-même, à domicile, le lendemain au moment du lever. Pour cela, on remet au consultant un crachoir qu'il rapportera le lendemain.

Il est essentiel d'expliquer au consultant que ces crachats doivent être ramenés des bronches, par un vigoureux effort de toux succédant à une respiration profonde.

3.4.2. Ces deux échantillons de crachats doivent être envoyés au laboratoire du secteur dans la journée même qui suit leur remise au personnel de l'unité sanitaire.

Avant l'envoi au laboratoire du secteur un agent de l'unité sanitaire doit contrôler la qualité du crachat (purulent ou muco-purulent) sa quantité (2 ml au moins) et doit visser soigneusement le couvercle du crachoir de sorte qu'il soit hermétique fermé.

Il doit coller sur la paroi extérieure du crachoir (si possible) plutôt que sur le couvercle une étiquette ou mieux un ruban adhésif portant le nom et le prénom du consultant, son âge, son numéro d'identification et la date du prélèvement.

Il doit remplir au même moment la fiche de renseignement, qui accompagne obligatoirement l'échantillon ainsi que le nom de l'unité sanitaire ou l'échantillon a été recueilli.

Enfin, il doit enregistrer sur un cahier spécial (réservé aux examens de laboratoire) les informations suivantes au minimum :

- Le nom et le prénom du consultant,
- Son adresse précise,
- La date de l'envoi des échantillons de crachats au laboratoire.

3.4.3. Si les échantillons de crachats ne peuvent être envoyés dans la journée même au laboratoire, ils doivent être conservés au froid, à 4° C dans un réfrigérateur ou, à défaut dans un endroit frais et obscur, et envoyés le plus tôt possible afin que le délai séparant l'émission de l'expectoration et la coloration de la lame ne dépasse pas 5 jours.

Il est très important d'organiser la tournée de ramassage des échantillons de crachats dans les unités sanitaires périphériques à jours fixes, selon un programme établi par le responsable du service de prévention, en fonction des véhicules disponibles, afin d'éviter la perte d'échantillons de crachats.

3.4.4. Si chez une personne suspecte de tuberculose l'examen des deux premiers échantillons de crachats est négatif, on recueillera deux nouveaux échantillons de crachats quinze jours après, et à nouveau trente jours après la première consultation.

Ces deux échantillons seront recueillis :

L'un tout au long d'une nuit et le matin au lever, dans un crachoir remis préalablement au malade,

L'autre au dispensable au moment de la consultation.

Avant d'envoyer des échantillons, on vérifiera soigneusement chaque fois la qualité de l'expectoration (qui doit être muco-purulente et non salivaire) et sa quantité (au moins 2 ml).

3.4.5. Dans certains secteurs sanitaires du sud du pays, la distance ou les fortes températures de l'été empêchent la conservation des échantillons de crachats et leur envoi dans de bonnes conditions.

Dans cette situation, l'agent de l'unité sanitaire de base devra faire l'étalement des crachats sur une lame, et fixer ce frottis. L'identification du prélèvement sera assurée par un numéro sur un morceau de sparadrap collé en bout de lame.

Il est donc nécessaire, lorsque l'un doit avoir recours à cette technique, d'apprendre aux agents paramédicaux à choisir les particules de crachats, à faire un étalement correct, et à faire une fixation. Cet apprentissage doit être régulièrement évalué et contrôlé.

En outre, il est nécessaire de prévoir une boîte munie d'un couvercle pour y déposer ces lames à l'abri des poussières et du sable : la présence de grains de sable sur la lame risque de détériorer l'objectif du microscope au moment de la lecture

Les frottis, après fixation, doivent être envoyés au laboratoire du secteur, avec la fiche de demande d'examen microscopique, après avoir été enregistrés sur le cahier spécial réservé aux examens de laboratoire (comme cela est indiqué au paragraphe 3.4.2).

Cette technique présente l'avantage de permettre un examen microscopique dans les situations difficiles et exceptionnelles. Mais elle a l'inconvénient de dépendre étroitement de la qualité du frottis réalisé à la périphérie (et donc de la formation de l'agent responsable de ce frottis). Elle a l'inconvénient supplémentaire de ne pas permettre un nouvel étalement ou une culture en cas de doute.

3.4.6. Si, chez une personne suspecte de tuberculose pulmonaire, six examens microscopiques sont négatifs, le consultant doit être adressé au médecin du centre de contrôle de la lutte antituberculeuse (ou du dispensaire antituberculeux) du secteur qui décidera :

- de répéter les examens microscopiques de crachats si les symptômes cliniques et radiologiques persistent,
- et d'envoyer trois échantillons de crachats au laboratoire de culture le plus proche (laboratoire de la wilaya ou de la région).

### 3.5. Laboratoire de microscopie et laboratoire de culture.

3.5.1. Pour assurer le dépistage de la tuberculose pulmonaire au niveau de chaque secteur, il est donc essentiel de disposer d'un laboratoire de microscopie et de deux microscopistes entraînés à la recherche du bacille tuberculeux.

Le laboratoire de microscopie peut être autonome, dans un dispensaire spécialisé si le nombre de lames à examiner est supérieur à 20. Lorsque cela est possible, il est de préférence intégré au laboratoire d'une polyclinique ou de l'hôpital du secteur afin de permettre aux microscopistes de participer à d'autres tâches de laboratoire.

La méthode de coloration recommandée est celle de Ziehl-Neelsen sans alcool (conformément au « guide technique concernant le diagnostic de la tuberculose par microscopie directe » édité par l'union internationale contre la tuberculose). On pourra utiliser aussi la méthode de coloration à froid de Tan-Thiam-Hok, dans les laboratoires habitués à cette méthode.

Les résultats seront toujours exprimés de façon quantitative, en nombre de bacilles pour 100 champs microscopiques examinés.

La microscopie en fluorescence est réservée aux laboratoires centraux des hôpitaux régionaux où le nombre de lames à examiner chaque jour est supérieur à 50.

3.5.2. Dès que la qualification du personnel (laboratoire diplômés et entraînés) et les conditions matérielles le permettent, des laboratoires de cultures de bacilles tuberculeux doivent être organisés.

Ces laboratoires de culture ont pour tâche d'identifier avec certitude les cas de tuberculose pulmonaire qui n'auraient pas été reconnus par l'examen microscopique (et, aussi la majorité des cas de tuberculose extra pulmonaire).

Des laboratoires de culture sont organisés au niveau de chaque wilaya, dans le laboratoire central de l'hôpital de la wilaya ou dans celui d'hygiène, selon les possibilités locales. A mesure que se développera l'infrastructure sanitaire du pays un laboratoire sera ouvert dans chaque secteur (ou ensemble de secteurs) couvrant 200 000 habitants.

3.5.3. Le bon fonctionnement du réseau de bactériologie dans les divers secteurs sanitaires repose sur l'organisation d'un contrôle de la qualité du travail des techniciens chargés des laboratoires.

Ce contrôle de qualité est placé sous la responsabilité du laboratoire central de tuberculose.

## 4. LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE.

4.1. **Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire**, chez une personne qui a des symptômes respiratoires et une image pulmonaire suspecte ne peut être affirmé qu'après la découverte du bacille tuberculeux dans l'expectoration.

Dans 70 à 75 % des cas de tuberculose pulmonaire en Algérie, le bacille tuberculeux est découvert par l'examen microscopique du frottis d'expectoration. Dans les 2/3 des cas à microscopie positive, l'examen du premier échantillon suffit : les autres cas à microscopie positive sont découverts après examen de 4 ou 5 échantillons supplémentaires.

Dans 25 à 30 % des cas, les bacilles sont rares et ne sont découverts qu'après mise en culture sur milieu de Loewenstien, de l'expectoration ou du produit de tubage gastrique (ce dernier examen doit être réalisé le matin au lit, dès le réveil du malade : il nécessite donc l'hospitalisation).

4.2. **Le diagnostic des tuberculoses extra pulmonaires** est un problème particulier et important en pratique médicale courante. En effet, ces localisations extra pulmonaires (parfois associées à une tuberculose pulmonaire mais le plus souvent isolées) représentent actuellement 25 à 30 % de l'ensemble des cas de tuberculose identifiés en Algérie.

Les tuberculoses extra pulmonaires comprennent :

- Les autres localisations respiratoires de la maladie :

Pleurésies séro-fibrineuses, séro-hémorragiques ou purulentes, adénopathies médiastinales de la primo-infection patente.

- Les autres localisations extra respiratoires de la maladie :

Séreuse : méningite, péricardite, péritonite ;

Ganglionnaires : périphérique (cervicales, auxiliaires) ou profondes (abdominales), ostéo-articulaires, viscérales (rein, foie, rate, appareil génital) et cutanées.

Le diagnostic des tuberculoses extra pulmonaires nécessite souvent l'avis d'un médecin spécialiste.

Ce diagnostic repose :

- Sur des arguments de présomption : cliniques, radiologiques, biologiques (réaction inflammatoire et lymphocytaire d'une séreuse) et immunologique : l'intra-dermo réaction à la tuberculine est toujours positive, avec une papule d'induration supérieure à 5 mm. Cet examen est indispensable et a une signature d'autant plus grande que le sujet ne présente pas de cicatrice vaccinale du B.C.G. La vitesse de sédimentation des hématies et la lymphocytose sanguine n'ont aucune valeur pour le diagnostic. Par contre, l'élimination des autres diagnostics possibles est un argument de présomption à ne pas négliger.
- Sur des arguments de certitude qui sont soit bactériologiques, soit cyto-histologiques.
- La preuve bactériologique est apportée par la découverte du bacille tuberculeux à partir de l'examen microscopique direct, dans le pus des adénites suppurées ou dans les urines après centrifugation en cas de tuberculose rénale.

Elle peut être apportée plus souvent par la culture :

Culture du liquide céphalo-rachidien, du liquide pleural ou du liquide d'ascite ; culture de suc ganglionnaire ramené par une ponction stérile à l'aiguille ; culture de pus caséux provenant d'un ganglion ou d'un abcès non fistulisés ; culture du culot de centrifugation d'urines suspectes.

- la preuve cyto-histologique peut être apportée par l'examen d'un pus prélevé par ponction ou encore par l'examen d'un fragment de biopsie de plèvre, du foie de l'endomètre, d'une synoviale ou d'un os.
- Chaque fois que cela est possible, on a intérêt, sur un même prélèvement, à associer les méthodes bactériologiques et histologiques pour prouver la tuberculose.

Dans la majorité des localisations extra pulmonaire la preuve de la tuberculose peut être apportée si elle est soigneusement recherchée.

## 5. LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.

### 5.1. Les cas de tuberculose à traiter.

Les méthodes appliquées pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire et pour le diagnostic des diverses localisations de la tuberculose permettent de définir les cas à traiter qui sont les suivants :

- Les cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive, qui sont les plus nombreux.
- Les cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative mais à culture positive.
- Les cas de tuberculose extra pulmonaire prouvés par l'examen bactériologique ou anatomopathologique ou présumés par le contexte radio clinique et le test tuberculinique positif.
- Un problème particulier et rare : les cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative et à image radiologique évocatrice.

Dans 1 à 10 % des cas de tuberculose pulmonaire on pourra avoir à décider le traitement de cas à microscopie négative sans attendre les résultats de la culture lorsque l'état du malade est jugé sérieux (miliaire aiguë, lésions suspectes chez un diabétique) ou encore lorsque des enfants présentent des lésions radiologiques jugées évolutives, non cavitaires s'accompagnent de signes généraux.

Dans ces situations, le médecin doit avoir éliminé tous les autres diagnostics possibles, et avoir fait prélever au moins 3 échantillons de crachats pour culture avant de commencer le traitement.

Quelle que soit l'éventualité, la prescription d'un traitement antituberculeux pour un cas à microscopie négative ne peut être faite que par un médecin spécialiste ou le médecin responsable du centre de contrôle de la lutte antituberculeuse du secteur.

Il faut insister sur le fait que les cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative doivent rester rares, la presque totalité des cas de tuberculose pulmonaire étant prouvés soit par la microscopie directe, soit par la culture.

Tous les cas de tuberculose à traiter sont obligatoirement enregistrés sur le registre de déclaration des cas de tuberculose qui est déposé au centre de contrôle de la lutte antituberculeuse (ou au dispensaire antituberculeux) du secteur.

### 5.2. Les régimes de chimiothérapie.

L'évolution des connaissances sur la chimiothérapie de la tuberculose et la diminution du prix des médicaments antituberculeux ont permis de modifier, dès 1980, les régimes appliqués jusqu'alors dans le pays.

C'est ainsi que le traitement de base de la tuberculose dans toutes ses localisations est assuré depuis 1980 par des régimes de chimiothérapie d'une durée de six mois.

#### 5.2.1. Les malades jamais traités auparavant doivent bénéficier des régimes de base ou de première ligne.

Les deux régimes de première ligne à utiliser comportent une phase initiale de chimiothérapie intensive associant l'administration quotidienne de 3 ou 4 médicaments pendant deux mois et une phase d'entretien de quatre mois associant l'administration quotidienne de 2 médicaments.

L'avantage de la phase initiale de chimiothérapie intensive est de détruire un très grand nombre de bacilles présents dans les lésions et de réduire l'influence d'une éventuelle résistance primaire ou initiale des souches bacillaires.

**Le premier régime** 2 SRHZ + RH comporte l'administration quotidienne durant les deux premiers mois d'une association de streptomycine (S) + rifampicine (R) + isoniazide (H) + pyrazinamide (Z).

Pendant les quatre mois suivants il comporte l'administration quotidienne de rifampicine (R) + isoniazide (H).

Ce régime doit s'appliquer à tous les malades jamais traités et qui présentent :

- une tuberculose pulmonaire,
- une tuberculose rénale,
- une tuberculose ostéo-articulaire
- une tuberculose méningée.

**Le deuxième régime** 2 RHZ 4 RH ne diffère du premier que par l'absence de streptomycine durant les deux premiers mois.

Ce deuxième régime s'applique aux autres localisations de tuberculose jamais traitées :

- primo-infection patente médiastinale ou médiastino-pulmonaire.
- Tuberculose ganglionnaire périphérique,
- Tuberculose extra pulmonaire à l'exception des localisations rénale, ostéo-articulaire et méningée.

Les médicaments sont confiés au malade pour être auto administrée. Il est impératif que le médecin et le personnel chargés du traitement prennent le temps d'expliquer au malade l'importance que revêt pour sa guérison la prise quotidienne régulière des médicaments et qu'une relance de sa motivation à se traiter régulièrement soit entreprise à chaque entretien.

Il est indispensable aussi qu'un membre de la famille du malade (conjoint, parent, frère ou sœur aînés) soit informé de la nécessité du traitement et soit rendu responsable de la prise régulière des médicaments et du pointage de la carte du traitement.

Pour ces deux régimes la présentation des médicaments et la posologie à employer en fonction du poids des malades sont indiqués dans l'annexe I du guide technique.

5.2.2. Les malades déjà traités par l'un de ces deux régimes de première ligne et qui présentent à nouveau une tuberculose pulmonaire évolutive bactériologiquement prouvée ou une tuberculose extra pulmonaire évolutive, historiquement ou bactériologiquement prouvée sont en très petit nombre de l'ordre de 2 à 4 %.

Ces malades peuvent être répartis actuellement en trois catégories :

- Les échecs ou les rechutes vraies, qui surviennent après une administration correcte de l'un des deux régimes de première ligne. Il est prouvé que la grande majorité de ces malades présente une souche qui est demeurée sensible aux médicaments.

Il convient simplement de leur administrer à nouveau le régime de première ligne auquel ils sont déjà été soumis en s'efforçant de surveiller plus étroitement la prise effective et correcte des médicaments.

Les échecs de malades insuffisamment traités (doses de médicaments ou durée du traitement insuffisance). Ces malades, comme les précédents, conservent pour la plupart une souche sensible et il suffit, pour les amener à la guérison, de reprendre le traitement de base qui a déjà été administré.

Il existe enfin une troisième catégorie de malades déjà traités dont la prise en charge est plus difficile. Ces cas sont aujourd'hui très rarement observés :

- Soit des tuberculoses pulmonaires qui ont subi deux reprises l'un des deux régimes de première ligne et qui expectorent toujours des bacilles. Chez ces malades, une résistance à une ou deux des drogues majeures doit être très fortement suspectée.
- Soit de malades traités par différents régimes anarchiques, durant de nombreuses années, et qui crachent toujours des bacilles. Chez ces malades une résistance aux drogues majeures est aussi très probable.

Pour cette troisième catégorie de malades, qui sont heureusement m'exception, le problème thérapeutique est difficile à résoudre. Il est nécessaire de les confier à un centre hospitalo-universitaire de pneumo-physiologie afin de tenter la mise en place d'un traitement judicieux et adapté à chaque cas individuel. Dans ce centre, le dépistage d'une résistance éventuelle à une drogue majeure devra être tenté à l'aide d'un interrogatoire programmé, intensif, itératif. Un test de sensibilité devra être immédiatement demandé. Un traitement devra être entrepris faisant appel, avant la connaissance du test de sensibilité, à un régime adapté, à l'aide d'au moins trois drogues pendant une durée de douze mois.

Il est à noter que les six drogues non essentielles ne pourront être disponibles que dans les services hospitalo-universitaires pour un nombre extrêmement restreint de malades.

### 5.3. Le lieu de traitement.

Le traitement de la tuberculose est principalement ambulatoire, et se déroule en majeure partie et pour la majorité des malades dans une unité sanitaire extrahospitalière : centre de santé, polyclinique ou dispensaire antituberculeux.

5.3.1. L'hospitalisation pendant la phase initiale du traitement n'est pas indispensable. Elle est réservée en priorité aux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive qui résident trop loin de l'unité sanitaire de leur commune pour s'y rendre tous les jours et ne doit pas excéder en ce cas huit semaines. Elle peut être souhaitable pour faciliter la prise en charge des malades.

L'hospitalisation est nécessaire pour le traitement de cas particuliers :

- atteinte sévère, avec état cachectique ou tuberculose aiguë,
- complications de la tuberculose : hémoptysie importante, pneumothorax, paraplégie pottique.
- Complications du traitement : hypersensibilité cutanée, érythrodermie, ictère, purpura,
- maladie associée pouvant influencer sur le traitement : diabète sucré, ulcère digestif en poussée évolutive, néphropathie, cirrhose, insuffisance cardiaque, psychopathie.

Enfin, l'hospitalisation durant quelques jours peut être utile dans un but diagnostique. Pour certains cas de tuberculose extra pulmonaire : séreuse, ostéo-articulaire, viscérale, ganglionnaire.

Dans tous les cas, lorsqu'il y a hospitalisation au début du traitement, une étroite coordination est nécessaire entre le service d'hospitalisation et le centre de contrôle de la lutte antituberculeuse (ou le dispensaire antituberculeux) du secteur sanitaire où réside le malade.

5.3.2. Avant de commencer son traitement dans l'unité sanitaire de base, le malade doit être pris en charge au centre de contrôle de la lutte antituberculeuse (ou au dispensaire antituberculeux) du secteur.

La prise en charge du malade par le médecin responsable de la lutte antituberculeuse dans le secteur doit être effective. Elle nécessite l'accomplissement des quatre activités suivantes :

- Un entretien avec le malade et un membre de sa famille (conjoint, frère aîné, père ou mère).

Cet entretien a pour but d'expliquer la nécessité de poursuivre le traitement pendant six mois, et de s'assurer de la coopération du malade et de sa famille.

- L'inscription du malade sur le registre de déclaration des cas de tuberculose du secteur.

- L'ouverture du dossier individuel du malade qui comporte 3 fiches de couleur différente :

- La fiche médicale blanche sur laquelle sont indiqués le diagnostic initial et le traitement à suivre.
- La fiche sociale jaune qui permet de relever les adresses du malade et la liste des personnes vivant à son contrat (voir annexe IV).
- La fiche de traitement rouge qui doit être remplie soigneusement avant d'être remise à l'unité sanitaire chargée du traitement.

- La délivrance au malade de son carnet de traitement.

Sur ce carnet seront indiqués le lieu du traitement et la date du prochain rendez-vous pour la remise des médicaments.

5.3.3. Au cours du traitement dans l'unité sanitaire, la fiche et le carnet de traitement du malade doivent être régulièrement pointés chaque fois que le malade se présente pour recevoir des médicaments.

A la fin du traitement, la fiche de traitement doit être renvoyée au centre de contrôle et classée dans le dossier individuel du malade.

#### 5.4. La surveillance au cours du traitement.

La surveillance des malades au cours du traitement est un élément essentiel de son succès.

Le personnel chargé du traitement des malades devra contrôler la régularité de la prise des médicaments et l'efficacité du traitement : il devra aussi prévenir les phénomènes d'intolérance ou de toxicité médicamenteuse ou, s'ils surviennent, les déceler immédiatement.

5.4.1. Le contrôle de la régularité de la prise des médicaments est assuré par les personnels de santé lorsque le traitement est donné à l'hôpital ou sous supervision directe dans une unité sanitaire. Au cours des traitements quotidiens auto-administrés, ce contrôle ne peut être assuré qu'indirectement par les personnels de santé au moment où la provision hebdomadaire ou mensuelle de médicaments est remise au malade. Dans ce dernier cas, il est capital de fournir des explications au malade lui-même et un membre de sa famille, dès le moment de la prise en charge, et à chaque occasion, en vue de susciter leur participation active au traitement et la motivation du malade à prendre régulièrement ses médicaments.

Pour démontrer au malade l'importance de la prise des médicaments, le personnel chargé du traitement doit accomplir devant lui les gestes suivants :

- chaque livraison de médicaments est pointée sur la fiche et le carnet de traitement du malade. Le nombre de comprimés nécessaires jusqu'à la prochaine date de livraison est compté devant le malade avant de lui être confié ;
- le prochain rendez-vous est indiqué clairement sur le carnet de traitement, en même temps qu'il est porté sur la fiche de traitement par un repère.

Le nom du malade est inscrit sur l'agenda du traitement, à la date prévue pour son prochain rendez-vous.

En cas de retard de plus de 24 heures, le malade doit être convoqué ou visité à domicile afin d'éviter toute interruption supérieure à cinq jours.

Le malade assidu et régulier doit être encouragé. En cas d'irrégularité, le malade doit être convoqué et présenté au médecin responsable de son traitement : c'est par le dialogue avec le malade que le médecin peut identifier la cause de l'irrégularité (négligence, problème familial ou social, intolérance, etc...), lui trouver une solution et prévenir ainsi l'arrêt prématuré du traitement.

5.4.2. Le contrôle de l'efficacité du traitement se fait de façon différente pour les cas de tuberculose pulmonaire et pour les cas de tuberculose extra pulmonaire.

5.4.2.1. Dans la tuberculose pulmonaire l'efficacité du traitement se mesure essentiellement par la négativation bactériologique de l'expectoration.

Les examens bactériologiques doivent être obligatoirement réalisés aux deux échéances suivantes pour affirmer la guérison ou pour reconnaître un éventuel échec.

- à la fin du cinquième mois,
- à la fin du sixième mois de traitement.

On pourra effectuer, au cours des premiers mois de traitement, un ou plusieurs autres examens bactériologiques si l'on veut s'assurer de la négativation progressive de l'expectoration.

A chaque échéance, on recueillera deux échantillons de crachats émis à 24 heures d'intervalle ou, à défaut, à 2 ou 3 heures (en début et en fin de consultation par exemple).

Ces échantillons doivent être étiquetés, enregistrés et envoyés au laboratoire comme les échantillons de crachats prélevés pour le dépistage. Ils doivent être examinés en microscopie, et lorsque cela est possible, en culture.

Si le malade, après quelques semaines de traitement n'arrive plus à émettre de crachats (comme c'est usuel) on lui demandera de provoquer un vigoureux effort de toux, suivi d'un fort raclement de gorge, et de cracher les produits ainsi ramenés.

Un contrôle clinique, comprenant la recherche des efforts secondaires et une pesée devront être effectués au deuxième mois.

Dans les cas de tuberculose extra pulmonaire, l'efficacité du traitement se mesure le plus souvent d'après l'évolution des données cliniques et/ou radiologiques. La fréquence des examens radiologiques dans les cas de tuberculose rénale, osseuse ou génitale est fixée par le médecin spécialiste concerné : elle est habituellement trimestrielle.

En cas de tuberculose rénale, les contrôles bactériologiques des urines auront lieu aux mêmes échéances que dans les cas de tuberculose pulmonaire.

5.4.3. La prévention de l'intolérance ou de la toxicité médicamenteuse nécessite un bilan prétraitement soigneux et systématique.

Ce bilan prétraitement comporte :

- la prise du poids du malade, en vue d'adapter strictement la posologie des médicaments au poids initial du malade, conformément aux tableaux de l'annexe I.
- la recherche de sucre et de protéines dans les urines.

Un interrogatoire méthodique permettant d'identifier les malades « à risque » : malades ayant des antécédents allergiques, neuropsychiques, hépatiques ou rénaux, ainsi que ceux recevant d'autres médicaments (contraceptifs, oraux, hypoglycémisants oraux, anticoagulants, digitaliques) susceptibles d'avoir leur métabolisme modifié par le traitement antituberculeux.

• Le bilan biologique des fonctions hépatiques et rénales ne sera réservé qu'aux malades à risque, identifiés par l'interrogatoire ou l'examen des urines.

Les mesures à prendre sont indiquées dans l'annexe II

5.4.4. La détection précoce des éventuels effets indésirables du traitement est assurée par le personnel chargé du traitement.

La description complète de ces effets secondaires et les mesures à prendre lorsqu'ils surviennent sont indiquées en détail dans l'annexe II.

• Les effets secondaires mineurs ne nécessitent pas l'arrêt du traitement antituberculeux : ils régressent en général spontanément ou après un traitement symptomatique.

• Les effets secondaires majeurs imposant l'arrêt immédiat du traitement, sont :

- une réaction générale d'hypersensibilité avec éruption cutanée,
- un purpura thrombocytopénique,
- un ictère,
- plus rarement, des troubles neurosensoriels ou une anurie.



#### 5.4.5. La fin du traitement : critère de succès ou d'échec.

##### 5.4.5.1. Le succès du traitement.

- En tuberculose pulmonaire le succès peut être affirmé lorsque le malade a pris régulièrement ses médicaments et que tous les examens bactériologiques réalisés au cinquième et sixième mois de traitement sont négatifs.
- En tuberculose extra pulmonaire, les critères de guérison sont différents selon les localisations. L'absence de tout signe d'évolutivité clinique et/ou radiologique est le critère le plus commun. Dans certains cas (tuberculose ostéo-articulaire, génitale, rénale) l'avis du spécialiste concerné est nécessaire pour affirmer la guérison et décider, le cas échéant, une intervention chirurgicale visant à compléter le traitement médical, ou à apporter une correction fonctionnelle.

##### 5.4.5.2. L'échec du traitement.

Dans les cas de tuberculose pulmonaire, l'échec du traitement ne peut être affirmé que par la présence des bacilles tuberculeux dans l'expectoration des malades à deux examens au-delà du cinquième mois de traitement.

L'échec sera suspecté si un examen bactériologique est positif au cinquième ou sixième mois. Les examens bactériologiques devront être alors répétés tous les quinze jours pendant les deux mois suivants. Trois situations peuvent se présenter :

- Ou bien, après un seul examen positif au cinquième ou au sixième mois de traitement, tous les examens bactériologiques ultérieurs sont négatifs : s'il n'y a pas de signes cliniques et/ou radiologiques, il est inutile de prolonger la surveillance ;
- Ou bien, après un seul examen positif tous les examens bactériologiques ultérieurs sont négatifs, mais il persiste des signes cliniques ou radiologiques suspects : l'hospitalisation dans un service spécialisé est nécessaire pour répéter les examens bactériologiques et pour déterminer la cause des signes observés ;
- Ou bien, après un examen positif au cinquième ou sixième mois de traitement, un second résultat positif est obtenu au cours de la période de surveillance soit en microscopie, soit en culture : l'hospitalisation dans le service spécialisé de l'hôpital de la wilaya (ou de l'hôpital universitaire le plus proche) est indispensable. Le traitement de base, avec quatre médicaments administrés tous les jours, sera repris. Auparavant, il faut envoyer d'urgence deux échantillons de crachats au laboratoire central de la tuberculose à Alger, en vue d'un test de sensibilité.

Le médecin consultant de la wilaya sera avisé pour décider de reprise éventuelle d'un traitement avant les résultats du test de sensibilité.

Dans le cas de tuberculose extra pulmonaire, l'échec du traitement au sixième mois est caractérisé par la persistance de signes cliniques et/ou radiologiques d'évolutivité.

Cette éventualité est rarement observée. Mais, si le médecin traitant suspecte l'échec, le malade doit être envoyé au médecin de la wilaya ou au spécialiste concerné : ces spécialistes auront tâche de répéter les prélèvements pour affirmer avec certitude l'échec sur la base d'arguments bactériologiques ou histologiques (présence de bacilles tuberculeux ou de lésions histologiques évolutives spécifiques) et de décider la poursuite éventuelle du traitement.

#### 5.4.6. Les niveaux d'intervention dans la surveillance des malades au cours du traitement.

L'ensemble des tâches à accomplir et des mesures des malades au cours du traitement des tuberculeux est donc hiérarchisé en fonction des niveaux d'intervention.

Dans l'unité sanitaire chargée du traitement, le personnel infirmier contrôle la régularité traitement, détecte les manifestations éventuelles d'intolérance, identifié les problèmes sociaux du malade. Le médecin vérifie chaque mois la régularité du traitement, l'absence de signes cliniques de toxicité et entretient la motivation du malade à poursuivre son traitement.

- Au niveau du centre de la lutte antituberculeuse (ou au dispensaire antituberculeux) du secteur, le malade sera présenté obligatoirement deux fois au médecin : au moment de la prise en charge au début et à la fin du traitement.
- De plus, le malade sera présenté au médecin responsable du centre de contrôle en cas de suspicion d'échec bactériologique et chaque fois que l'on suspecte une intolérance ou un accident de toxicité médicamenteuse.
- Au niveau du service spécialisé de l'hôpital de la wilaya (ou à défaut, du centre hospitalo-universitaire le plus proche) tous les malades présentant un échec du traitement et tous ceux ayant eu un accident majeur de toxicité médicamenteuse devront être hospitalisés en vue d'investigations bactériologiques et biologiques approfondies, ou d'une adaptation éventuelle du traitement, décidées par un médecin spécialiste.

Le médecin spécialiste de la wilaya (ou le consultant de la wilaya) est responsable de la prescription et de la surveillance de tous les régimes de traitement dans sa wilaya.

### **5.5 – La surveillance après le traitement**

Lorsqu'un traitement antituberculeux efficace a été régulièrement suivi jusqu'à son terme, le risque de rechute dans les 2 ans qui suivent l'arrêt du traitement est minime (moins de 3 % des cas à microscopie positive initialement).

Il est donc inutile de répéter systématiquement et périodiquement les examens radiologiques et bactériologiques après avoir constaté la guérison d'un malade à la fin d'un traitement régulier.

Les rechutes surviennent dans la grande majorité des cas, dans les douze mois qui suivent l'arrêt du traitement et sont marquées par la réapparition des symptômes respiratoires.

Il suffit donc de recommander au malade guéri de venir à nouveau consulter en cas de reprise de symptômes. On vérifiera par de nouveaux examens bactériologiques et par la comparaison des images radiologiques anciennes et nouvelles, qu'il s'agit d'une rechute. La reprise d'un régime de chimiothérapie ne sera décidée qu'après découverte du bacille tuberculeux. Il faut noter, en effet, que d'anciens peuvent souffrir d'une maladie respiratoire autre la tuberculose.

### **6. LA VACCINATION B.C.G**

La vaccination par le B.C.G des nouveau-nés et des enfants d'âge préscolaire, lorsqu'elle est bien faite, permet de les protéger avec efficacité contre toutes les formes de la tuberculose infantile et spécialement contre la méningite tuberculeuse qui est mortelle dans 50% des cas.

La vaccination par le B.C.G est obligatoire en Algérie (décret du 17 juin 1969) : elle fait partie du programme national de vaccination et constitue la première des vaccinations de la vie de l'enfant.

Toutes les informations pratiques concernant le B.C.G et les autres vaccinations sont contenues dans « le guide des vaccinations » édité en 1979 par L'institut National de la Santé Publique.

## 6.1- Qui doit être vacciné par le B.C.G ?

- Tous les enfants nés viables dans une maternité (hôpitaux, maternités rurales ou urbaines), quel que soit leur poids avant la sortie de la maternité.
- Tous les enfants nés à domicile qui doivent être présentés spontanément – ou sur convocation – par leurs parents au centre de vaccination le plus proche de leur résidence avant la fin du premier mois suivant la naissance ou lors des tournées de vaccination.
- Tous les enfants âgés de 0-6 ans et non porteurs de cicatrice vaccinale lorsqu'ils se présentent dans une structure sanitaire.
- Tous les enfants scolarisés à l'âge de 7 ans non porteurs d'une cicatrice vaccinale lors du premier contrôle d'hygiène scolaire.

## 6.2- L'organisation de la vaccination B.C.G

**6.2.1.** La vaccination des enfants nés dans une maternité est facile : elle doit être faite une fois toutes les 24 heures, par une sage femme ou une aide entraîné à vacciner les nouveaux nés.

Il est capital d'enregistrer l'adresse exacte et la commune de résidence de la famille de l'enfant vacciné, afin de distinguer les enfants résidant dans le secteur sanitaire, qui devront y recevoir les autres vaccinations et les enfants résidant hors du secteur sanitaire, qui devront recevoir les autres vaccinations dans le secteur sanitaire ou ils résident.

Un système d'information simple, entre secteurs sanitaires, permet d'assurer le suivi des vaccinations pour tous les enfants nés en maternité.

**6.2.2** La vaccination B.C.G des enfants nés à domicile, comme les autres vaccinations est organisée de façon différente dans les agglomérations urbaines ou rurales, ou pour la population vivant en habitat dispersé ou nomade.

**6.2.2.1.** Pour la population vivant dans les agglomérations (urbaines ou rurales), la vaccination B.C.G a lieu à jours fixes, une ou plusieurs fois par semaines, selon l'importance de l'agglomération.

Les parents reçoivent l'information au secrétariat de l'A.P.C lors qu'ils viennent déclarer la naissance de leur enfant : ils doivent présenter à ce moment-là un certificat de vaccination si l'enfant a déjà été vacciné. Dans le cas contraire, il leur est remis un carnet de vaccination en même temps qu'on leur indique le jour de la séance de vaccination à la quelle ils devront présenter l'enfant. La « captation » des naissances est organisée en coordination par le service de prévention du secteur sanitaire et le service de l'état civil de l'A.P.C qui fournit la liste des naissances chaque semaine ou chaque mois.

C'est au service de prévention de se déplacer pour chercher cette liste au siège de l'A.P.C.

C'est au service de prévention du secteur de communiquer aux différentes unités de vaccination la liste des naissances en tenant compte du lieu de naissance du nouveau-né et de l'unité de vaccination la plus proche.

**6.2.2.2.** Pour la population vivant en habitat dispersé ou en habitat nomade, la vaccination B.C.G est faite au cours de tournées périodiques (mensuelles ou trimestrielles selon les possibilités et les besoins) par une équipe de prévention itinérante.

**6.2.3.** Un registre général des vaccinations est tenu dans chaque secteur, et si possible, dans chaque commune au niveau de chaque centre de vaccination, en vue d'enregistrer tous les enfants vaccinés et contrôler l'application du programme général de vaccination : l'objectif à atteindre est de vacciner par le B.C.G au moins 90% des enfants nés dans l'année

## 6.3. Aspects techniques de la vaccination B.C.G.

**6.3.1.** Le vaccin B.C.G. est un vaccin lyophilisé qui se présente sous forme de poudre en ampoules de 10 doses. Chacune de ces ampoules est accompagnée d'une ampoule de solvant permettant la reconstitution du vaccin.

Le vaccin B.C.G. doit être conservé à l'obscurité et au froid, dans un réfrigérateur et transporté dans une boîte isotherme, avec accumulateur de froid, lors des tournées de vaccination.

Lorsqu' un ml de solvant a été versé dans l'ampoule contenant la poudre lyophilisée, le vaccin B.C.G. ainsi reconstitué doit être utilisé dans l'heure qui suit. Au –delà d'une heure, le vaccin contenu dans l'ampoule perd considérablement son pouvoir protecteur et l'ampoule de vaccin reconstitué doit être jetée.

**6.3.2.** La vaccination par le B.C.G se fait par voie intradermique au niveau de la face antérieure de l'avant-bras droit. On doit injecter avec une seringue spéciale, à piston étanche (seringue à tuberculine) 0,1 ml de vaccin reconstitué.

On évitera d'utiliser les seringues hypodermiques ou celles à insuline.

**6.3.3.** Dans les suites de la vaccination, il se forme localement un nodule rouge entre la deuxième et la quatrième semaine, qui s'ulcère dans la majorité des cas. L'ulcération se cicatrise entre la sixième et la dixième semaine.

**6.3.4.** On peut observer dans 1 à 3% des cas, chez le nouveau-né, des incidents locaux de la vaccination B.C.G. :

\* le retard de cicatrisation (au –delà de six semaines) nécessite, après nettoyage et désinfection de la plaie, l'application d'un pansement stérile avec pommade à la néomycine,

\* ou l'adénite suppurée à B.C.G., nécessitent des ponctions évacuatrices, suivies d'injections locales de 0,25 mg de streptomycine, deux fois par semaines.

**6.3.5.** Lorsqu'après la vaccination B.C.G. d'un enfant d'âge préscolaire, une réaction précoce a lieu au cours de la première semaine (avec ulcération au lieu d'injection entre le cinquième et le septième jour) cette réaction précoce à la même signification qu'une réaction cutanée positive à la tuberculine : une consultation médicale est recommandée en vue de déceler une éventuelle primo-infection patente.

## 6.4. Comment stériliser le matériel de vaccination ?

Pour stériliser les seringues à B.C.G., il faut dans tous les cas sortir le piston du corps de la seringue.

- Pour les seringues de type Omega-Microstat, avec bague de caoutchouc sur le piston : après nettoyage simple on utilisera des pastilles de formol et non pas la chaleur pour éviter de faire fondre le caoutchouc.
- Pour les autres types de seringues et pour les aiguilles intradermiques. On utilisera la chaleur sèche (poupinel) ou l'ébullition

## 7. LES DOCUMENTS NECESSAIRES A L'EVALUATION DES ACTIVITES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE.

Pour consigner les différentes tâches résultant de l'application du programme national antituberculeux, les documents suivants doivent être tenus aux différents niveaux :

### 7.1. Dans les unités sanitaires de base, à côté du registre général des consultants, on doit tenir

\* Un cahier spécial pour l'enregistrement des examens bactériologiques (demandés pour le dépistage ou la surveillance du traitement de la tuberculose).

Ce cahier permet de relever, le nom, l'adresse, de tout consultant pour lequel un examen bactériologique des crachats a été demandé, la date à laquelle l'échantillon a été envoyé au laboratoire et la réponse de ce dernier.

- Les fiches de traitement des tuberculeux en traitement ambulatoire sur lesquelles sont portées les dates de remise de médicaments au malade et leur quantité (en même temps qu'est pointée la carte de traitement).
- Un agenda ordinaire permettant de noter les échéances prévues pour la distribution des médicaments et examens de contrôle des malades en traitement et de déceler facilement les malades en retard.

## 7.2. Dans les centres de vaccination, on tiendra à jour la liste des enfants à vacciner ou le registre communal de vaccination.

### 7.3. Au centre de contrôle de la lutte antituberculeuse ou au dispensaire antituberculeux du secteur, on doit tenir

\* Le registre de déclaration des cas de tuberculose qui est entretenu et contrôlé par le médecin responsable de la lutte antituberculeuse dans le secteur (voir détail dans l'annexe III).

\* Le fichier des malades du secteur (voir détails dans l'annexe III) chaque malade a un dossier comportant :

- une fiche médicale permettant de décrire son statut initial et l'évolution de la maladie sous traitement ;
- une fiche sociale comportant la liste de ses adresses et la liste des sujets contact ainsi que les résultats du contrôle des sujets contact ;
- pour les malades traités au centre du secteur, une fiche de traitement qui est pointée en même temps que la carte de traitement conservée par le malade chaque fois qu'il se présente au centre.

\* Un agenda ordinaire permettant de noter les échéances prévues pour les contrôles bactériologiques et médicaux et éventuellement la distribution des médicaments.

\* Le registre du laboratoire de microscopie.

\* Pour les centres disposant d'un appareil de radiophotographie, le registre de dépistage radiologique qui comporte, outre les indications usuelles (date, nom et prénom, âge, sexe, image radiologique classée selon le code radiologique) une colonne permettant de distinguer les consultants pour symptômes respiratoires des autres catégories de consultants (sujets contact et cas de dépistage systématique).

Tous les consultants ayant une image suspecte et pour lesquels des examens bactériologiques sont demandés doivent être identifiés par une marque spéciale et leur adresse doit être soigneusement inscrite sur le registre.

### 7.4. Relevés mensuels et rapport annuel d'évaluation

Ces différents documents permettent au médecin responsable de la lutte antituberculeuse et au chef du service de la prévention de remplir les relevés mensuels et le rapport annuel d'évaluation.

Ces rapports servent de base à la surveillance de la situation épidémiologique, à l'évaluation de l'exécution des tâches du programme national antituberculeux, aux commandes trimestrielles de médicaments, de vaccin B.C.G. et de matériel (crachoirs, seringues spéciales) et aux commandes annuelles de papeterie (fiches et registre soient régulièrement tenus à jour et contrôlés par les responsables de l'action sanitaire.

## ANNEXE I

### LA CHIMIOThERAPIE DE LA TUBERCULOSE :

#### POSOLOGIE ET PRESENTATION DES MEDICAMENTS

##### 1. LA PRESENTATION DES MEDICAMENTS

###### 1.1. Isoniazide et rifampicine

L'administration quotidienne et simultanée de rifampicine et d'isoniazide est facilitée par la présentation de ces deux médicaments associés en proportions fixes dans une même gélule ou un même comprimé (rifinah, rimactazide, rifamazide).

Cette présentation comporte deux dosages, généralement différents par la forme et par la couleur de la présentation : si ce n'est pas le cas, il faut contrôler le dosage utilisé (indiqué sur la boîte qui contient les gélules) chaque fois que l'on sert des médicaments aux malades.

Le dosage fort ou RH 300 contient 300 mg de rifampicine et 150 mg d'isoniazide.

Le dosage faible ou RH 150 contient 150 mg de rifampicine et 100 mg d'isoniazide.

Ces deux dosages ne sont pas utilisables de façon indifférentes, car deux gélules ou comprimés de RH 150 ne sont pas équivalents à une gélule ou un comprimé de RH 300.

Au cours du traitement, l'association d'isoniazide et de rifampicine doit être absorbée par les malades en une seule prise orale. Le matin à jeun, tous les jours pendant six mois. Pendant les deux premiers mois du traitement. Il est nécessaire que l'absorption des médicaments par les malades se fasse sous la supervision directe d'un infirmier qui peut contrôler ainsi l'absence (ou l'existence) de manifestation d'intolérance. Pour les enfants d'un poids inférieur à 15kg, on pourra utiliser des fractions de comprimés d'isoniazide (comprimés doses à 150mg) et la suspension buvable de rifampicine (100mg par mesurette de 5ml)

###### 1.2. Pyrazinamide.

Le pyrazinamide se présente sous forme de comprimés blancs dosés à 500 mg chacun et n'est prescrit aux malades que pendant les deux premiers mois de traitement.

Les comprimés de pyrazinamide doivent être absorbés en une seule prise, le matin à jeun, en même temps que l'association d'isoniazide et de rifampicine.

###### 1.3. Streptomycine.

La streptomycine se présente sous forme d'ampoules dosées à 1g de streptomycine (ou de poudre à dissoudre dans un solvant, chaque flacon contenant 1g ou 0,5 g de poudre) qui doivent être injectées par voie intramusculaire.

Elle n'est administrée pendant les deux premiers mois de traitement qu'aux malades atteints d'une tuberculose pulmonaire, rénales, méningée ou ostéo-articulaire (qui reçoivent un régime 2 SRHZ/RH). Elle est inutile pour ceux qui ont une autre localisation de la maladie tuberculeuse (qui reçoivent un régime 2 RHZ/RH).

##### 2. LA POSOLOGIE DES MEDICAMENTS

La posologie des médicaments doit être strictement adaptée au poids des malades si l'on veut donner à la chimiothérapie toute son efficacité et si l'on veut éviter le risque de toxicité due à un surdosage accidentel.

Pour cela, il est indispensable de peser le malade avant de prescrire le traitement. Il est recommandé de le peser une nouvelle fois à la fin du deuxième mois de traitement pour adapter éventuellement la posologie si le malade a changé de catégorie de poids.

La posologie à respecter en fonction du poids des malades est indiquée dans le tableau 1.

Tableau 1. Posologie des médicaments antituberculeux (régimes 2 SRHZ/RH et 2 RHZ/RH).

Poids des malades (Kg)	RH 300 Comprimés Ou gélules	RH150 comprimés Ou gélules	Pyrazinamide comp A 500 mg	Streptomycine Ampoule à 1 g
50 et plus	2	0	4	1
40 à 49,9	0	3	3	0,75
30 à 39,9	0	2	2	0,75
20 à 29,9	1	0	11/2	0,50
15 à 19,9	0	1	1	0,40



(\*) Pour les enfants de moins de 15 Kg, on utilisera la posologie suivant :

Isoniazide	5 mg/Kg (= 1 mg)
Rifampicine	10 mg/Kg (= 2 mg)
Pyrazinamide	25 mg/Kg (= 5 mg)

### 3. SITUATIONS PARTICULIERES

Dans certaines situations particulières, la chimiothérapie de la tuberculose doit être adaptée soit dans le choix des médicaments, soit dans leur posologie ou leur rythme d'administration.

**3.1. Cas des malades ayant déjà reçu au moins deux cures de chimiothérapie de six mois et présentant encore des bacilles dans leurs expectoration.**

Ces malades sont obligatoirement hospitalisés dans un service spécialisé ou l'on rassemble toutes les données disponibles sur la chimiothérapie effectivement reçue par le malade et ou l'on recueille trois échantillons de crachats au moins en vue de faire des cultures, et un test de sensibilité sur les cultures positives. Sans attendre les résultats du test de sensibilité, ces malades doivent recevoir un régime de douze mois associant au moins 3 drogues.

Le régime sera éventuellement adapté après le troisième mois par un médecin spécialiste en fonction des résultats du test de sensibilité.

La posologie recommandée pour les médicaments prescrits en ce cas est indiquée dans le tableau 2.

Tableau 2. Posologie des médicaments antituberculeux à utiliser chez les malades « multitraités »

Poids des malades (Kg)	Ethionamide Comprimés à 250	Pyrazinamide comp A 500 mg	Ethambutol comp à 400 mg	Kanamycine Ampoule à 1 g
50 et plus	3	4	3	1
40 à 49,9	3	3	2	0,75
30 à 39,9	2	2	11/2	0,75

#### 3.2. Cas des malades ayant une cirrhose ou une insuffisance hépatique avariée.

Pour les malades qui ont une insuffisance hépatique prouvée comme pour ceux qui ont eu un ictère régressif dans les premiers mois du traitement, on réduira les doses d'isoniazide et de rifampicine prescrites en ne dépassant pas 4 mg / Kg pour le premier et 8 mg / Kg pour la seconde.

En cas d'aggravation ou de réapparition des signes d'insuffisance hépatocellulaire ou de cytolysse, on arrêtera la prescription d'isoniazide et on poursuivra le traitement en associant tous les jours rifampicine et Ethambutol pendant un an (rifampicine : 8 mg/Kg ; Ethambutol : 15 mg / Kg)

#### 3.3. Cas des malades ayant une insuffisance rénale chronique (avec ou sans dialyse).

Pour les malades qui ont une insuffisance rénale chronique prouvée avec un taux sérique de créatinine supérieur à 12 mg/litre, on ne prescrira pas la streptomycine ( qui est toxique pour la fonction rénale) et on évitera l'Ethambutol ( dont la rétention sanguine accroît la potentielle toxicité oculaire ). L'isoniazide est prescrit à dose réduites seulement dans les insuffisances rénales sévères .Le Pyrazinamide doit être prescrit à doses réduites. Le seul régime à utiliser pour ces malades est celui de six mois 2 RHZ/RH à posologie adaptée.

La posologie à appliquer chez les malades ayant une insuffisance rénale chronique est indiquée dans le tableau 3, en fonction du taux sérique de créatinine.

Tableau 3. Posologie des médicaments antituberculeux à utiliser chez les malades ayant une insuffisance rénale chronique (la dose quotidienne est indiquée pour un adulte ayant un poids de 50 kg ou plus).

	Taux sérique de créatinine en mg / l		
	12-30	30-100	100 et plus
Rifampicine (mg)	600	600	600
Isoniazide (mg)	300	300	150
Pyrazinamide (mg)	1500	1000	750

Des problèmes particuliers peuvent se poser lorsque, pour des raisons bactériologiques (résistance prouvée aux drogues majeurs), on doit utiliser des médicaments antituberculeux à risque de rétention ou de toxicité rénale chez un dialysé. En ce cas, ces médicaments seront administrés quatre à six heures avant la séance de dialyse, en une seule dose, différente selon le rythme hebdomadaire des séances de dialyse (Tableau 4).

Les autres médicaments seront donnés quotidiennement.

Tableau 4. Posologie des médicaments antituberculeux d'utilisation exceptionnelle chez les malades dialysés.

	4-6 heures avant la dialyse
Streptomycine ou Kanamycine	0,75 g
Ethambutol	25 mg/Kg si dialyse 3 jours sur 7 45 mg/Kg si dialyse 2 jours sur 7 90 mg/Kg si dialyse 1 jours sur 7

#### 3.4. Cas des malades ayant présenté un accident de toxicité majeur aux médicaments antituberculeux

- Une anurie aigue ou une agranulocytose peuvent être observées au cours d'un traitement comportant de la streptomycine : ces deux accidents, exceptionnels, imposent l'arrêt total et définitif de la streptomycine. On peut poursuivre un traitement normal fondé sur le régime de six mois 2 RHZ /RH.
- Un purpura thrombocytopenique ou une anémie hémolytique aigue peuvent être observés au cours d'un traitement comportant de la rifampicine reçue de façon intermittente (volontairement ou accidentellement) : ces deux accidents, très exceptionnels imposent

l'arrêt total et définitif de la rifampicine. On doit prescrire alors un régime associant pendant neuf mois isoniazide, streptomycine et Pyrazinamide : tous les jours pendant deux mois, puis deux fois par semaine pendant sept mois, sous le contrôle d'un service spécialisé.

- Une hypersensibilité cutanée majeure avec éruption rouge ou érythrodermie, peut être due à n'importe quel médicament antituberculeux.

Si l'hypersensibilité est due à la streptomycine ou au Pyrazinamide (ce qui est le cas le plus fréquent) l'administration des deux médicaments doit être interrompue et le traitement est poursuivi jusqu'à son terme en associant seulement l'isoniazide et la rifampicine.

Si l'hypersensibilité est due à la rifampicine et / ou à l'isoniazide on réintroduit l'isoniazide puis la rifampicine, à doses progressives, sous couvert de corticoïdes : la corticothérapie est interrompue lorsque les drogues sont administrées sans trouble à doses normales (voir la procédure à suivre dans l'annexe II).

### 3.5. Cas des malades diabétiques et des malades immunodéprimés.

Le traitement de la tuberculose au cours du diabète sucré ou chez des malades traités par une chimiothérapie immunosuppressive (en l'absence de complications hépatiques ou rénales) ne nécessite ni prolongation de la durée de la chimiothérapie, ni modification de la posologie des médicaments, hormis une surveillance particulière.

### 3.6. Cas des malades enceintes

La chimiothérapie de la tuberculose au cours de la grossesse ne fait courir aucun risque à la malade enceinte, ni l'enfant qu'elle porte.

Il est nécessaire d'adapter soigneusement la posologie au poids pour éviter tout surdosage médicamenteux (surtout de streptomycine) : et si le traitement doit être poursuivi après l'accouchement, il faudra adapter la posologie au nouveau poids de la malade à traiter.

## ANNEXE II

### LES EFFETS SECONDAIRES DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.

Intolérance, toxicité, interférences médicamenteuses :  
Conduite à tenir et prévention

Comme toute chimiothérapie, la chimiothérapie de la tuberculose provoque un certain nombre d'effets secondaire. Ces effets secondaires sont moins fréquents dans la chimiothérapie courte de la tuberculose que dans la chimiothérapie conventionnelle de douze mois.

Le nombre de cas pour les quels un arrêt temporaire ou définitifs du traitement est nécessaire est faible : 1 à 3 %.  
Les effets secondaires surviennent en général au cours du premier trimestre de traitement.

#### 1. LES EFFETS SECONDAIRES MINEURS.

Les effets secondaires mineurs n'imposent pas l'arrêt du traitement ou même du médicament incriminé.

Ces troubles sont transitoires et régressent soit spontanément, soit avec un traitement symptomatique, soit enfin après une adaptation des doses thérapeutique ; diminution des doses ou passage à un rythme d'administration quotidien (tableau 1).

1.1. Des troubles digestifs mineurs (anorexie, nausée, vomissement) peuvent survenir après l'absorption de n'importe quel médicament.

S'ils persistent plus d'un mois malgré le traitement symptomatique, on recherchera l'existence d'une maladie associée (lithiase biliaire, gastrite ulcère gastrique) avant d'envisager l'interruption du traitement.

1.2. Une sensation de striction, d'engourdissement autour de la bouche ou sur toute la face, une sensation de vertiges après l'injection de streptomycine : ces phénomènes transitoires disparaissent souvent après diminution de la dose quotidienne à 0,75 g ou 0,50 g (selon la dose initialement employée).

1.3. L'euphorie, l'insomnie provoquées dans certains cas au début du traitement par l'isoniazide sont corrigées par l'administration de la dose en une seule prise le matin, ne dépassent pas 5 mg/kg de poids en traitement quotidien, et 5mg/kg en traitement intermittent.

1.4. Les arthralgies observées après l'administration de pyrazinamide sont liées à l'élévation du taux sanguin d'acide urique .elles n'ont aucune gravité et cèdent en général à l'acide acétylsalicylique (aspirine).elles peuvent constituer néanmoins les prodromes d'un syndrome goutteux.

1.5. Une dyspnée asthmatiforme. un syndrome grippal observe après administration intermittente de rifampicine régressent après diminution des doses prescrites ou passage à un rythme d'administration quotidien.

1.6. Une coloration brun rougeâtre des urines, de la salive. des larmes peut s'observer au début du traitement par la rifampicine : ces incident n'ont aucune gravité

**Tableau 1. Les effets secondaires mineurs des médicaments antituberculeux.**

Médicament	Effets secondaires	Mesures à prendre
Isoniazide	- euphorie, insomnie	Vérifier la posologie (5mg/kg) et la prise matinale du médicament
Rifampicine	-urine colorées -douleurs gastrique  -dyspnée asthmatiforme -syndrome grippal	Aucune Traitement symptomatique ou prendre la rifampicine pendant les repas Traitement quotidien Traitement quotidien
Streptomycine	-nausées, vomissements, vertiges - Sensation de striction de la face	Transitoires ; traitement symptomatique  Diminution de la dose quotidienne (à 0.75g ou 0.50g/jour)
Pyrazinamide	-nausées, anorexie -arthralgies ou syndrome goutteux	Transitoires ; traitement symptomatique Aspirine (1 à 2 g /jour pendant les repas)
Ethambutol	-nausées	Transitoires

## 2. LES EFFETS SECONDAIRES MAJEURS

Les accidents majeurs sont rares ; mais ils imposent l'arrêt immédiat du traitement, et, en général, l'hospitalisation en vue de prendre une nouvelle décision thérapeutique.

**2.1.** Les accidents cutanés apparaissent en général dans les premiers mois du traitement.

L'accident le plus fréquent est la réaction générale d'hypersensibilité caractérisée par un début brutal, avec fièvre, céphalée, vomissement et une éruption rouge, prurigineuse urticarienne, ou de type scarlatiniforme ou morbilliforme siègeant de préférence à la face aux membres, parfois généralisée. Cet érythème entraîne une desquamation.

A ces signes constants s'associent parfois un œdème de la face (palpébral) et un œdème laryngé.

Tous les médicaments antituberculeux peuvent être à l'origine d'une telle réaction

Devant un tel tableau, il faut arrêter immédiatement tout traitement j'usqu'à la fin de la réaction, puis identifier le médicament responsable.

Cette identification peut se faire au moyen d'une injection intradermique d'une petite quantité du médicament suspecté, si l'on dispose d'une solution injectable du produit. Mais, le plus souvent, on aura recours à la méthode clinique d'identification di médicament responsable (tableau 2) .

Tableau 2.Méthode clinique d'identification d'un médicament responsable d'une réaction d'hypersensibilité : la posologie recommandée pour le test.

Médicament suspecté	Jour 1	Jours 2-3	Jour 4
Isoniazide	50 mg	150mg	300mg
Rifampicine	75 mg	150mg	300mg
Streptomycine	0,125gr	0,25gr	0,5gr
Pyrazinamide	250mg	500mg	1gr
Ethambutol	100mg	200mg	400mg

On commencera cette investigation en administrant à faible dose le médicament bactéricide le plus actif et le plus important pour le malade : soit l'isoniazide, soit la rifampicine.

L'isoniazide sera administré seul à 1/6 de la dose quotidienne le premier jour, puis la moitié de la dose quotidienne les deux jours suivants : on atteindra la dose normale au quatrième jour .s'il n'ya pas de réaction, on poursuivra l'administration normale de ce premier médicament et on emploiera la même méthode avec les autres médicaments utilisés dans le régime : la reprise des troubles permet d'identifie le médicament responsable.

Si l'hypersensibilité est due à des médicaments bactéricides d'appoint (streptomycine ou pyrazinamide) on interrompra l'administration de ces drogues et le traitement sera poursuivi avec isoniazide et rifampicine.

Si l'hypersensibilité est due à l'une des deux drogues majeures (isoniazide ou rifampicine) on doit composer un régime efficace en associant l'une des deux drogue majeures et une ou deux drogues d'appoint (streptomycine, pyrazinamide : ou Ethambutol).

Dans ce cas, on peut utiliser soit le régime de 9 mois (SHZ/S2H2Z2) sans rifampicine, soit le régime de 12 mois (RE/R2E2) sans isoniazide. Décrit dans l'annexe 1.

Si l'administration d'isoniazide ou de rifampicine est indispensable en raison d'une résistance bactérienne ou pour des raisons d'une résistance bactérienne ou pour des raisons opérationnelles, on réalisera pour le malade une désensibilisation progressive au médicament indispensable sous couvert de corticoïdes, tout en administrant deux drogues antituberculeuses bien tolérées.

On commencera cette désensibilisation en donnant une faible dose du médicament indispensable : 1/8 ou 1/10 de la dose quotidienne en même temps que 0,5 mg/Kg de poids de prednisone. Tout en poursuivant la corticothérapie tous les jours, on do ublera tous les deux jours la dose de médicament jusqu'à une dose thérapeutique efficace. A ce moment -là on réduit en deux semaines, de façon progressive, la dose de corticoïdes, tout en poursuivant l'administration du médicament antituberculeux à dose efficace.

Une cure de désensibilisation dure environ 3 à 4 semaines.

Si, malgré les corticoïdes, les manifestations d'hypersensibilité réapparaissent, le médicament en cause devra être arrêté et remplacé, mais cette éventualité est exceptionnelle.

**2.2. Les accidents sanguins : anémies, granulopénie parfois agranulocytose peuvent s'observer au cours de l'administration de streptomycine.**

Deux accidents aigus rares, peuvent s'observer au cours des traitements par la rifampicine.

Le purpura thrombocytopenique impose l'arrêt immédiat et définitif du traitement par la rifampicine : la reprise accidentelle du traitement peut entrainer de nouvelles hémorragies sous-cutanées ou méningées graves.

L'anémie hémolytique aigue, impose aussi l'arrêt immédiat et définitif du traitement (elle peut s'observer au cours de l'administration intermittente de rifampicine).

### 2.3. Les accidents hépatiques.

L'hépatite médicamenteuse peut être due soit à l'isoniazide, soit au pyrazinamide, soit à la rifampicine, soit à l'association de rifampicine et d'isoniazide.

Cette synergie toxique s'observe surtout en cas de surdosage, ou chez des malades ayant un foie anormal, lésé par une cirrhose, une hépatite infectieuse ou toxique : c'est pourquoi la rifampicine doit être évitée chez les sujets ayant une insuffisance hépatique avérée.

L'hépatite est annoncée par des prodromes : anorexie, nausées vomissements. Arthralgies.

Puis l'ictère apparaît, franc. Colorant la peau et les conjonctives. On retrouve des signes biologiques de cholestase et de cytolyse. Le taux des transaminases sériques est 2 à 4 fois supérieur au taux normal.

Devant un tel tableau, le traitement doit être immédiatement interrompu : on cherchera par l'enquête épidémiologique et les examens de laboratoire une étiologie non médicamenteuse possible.

Si aucune autre cause que médicamenteuse n'est trouvée, on surveillera l'évolution clinique et biologique de l'ictère sans traitement antituberculeux.

Si l'ictère régresse (avec retour à la normale du taux de bilirubine et des transaminases) il est possible de reprendre le traitement par rifampicine et isoniazide, à condition de ne pas dépasser les doses comprises entre 5 et 8 mg/kg de poids pour la rifampicine. Et 4 à 5 mg de poids pour l'isoniazide.

Cette éventualité est la plus fréquente : dans 80% des cas, l'ictère apparu au cours d'un traitement par l'association de rifampicine et d'isoniazide régresse définitivement et le traitement peut être repris sans danger.

En cas de persistance de l'ictère plus de 15 jours et d'aggravation des signes de cytolyse, le traitement doit être définitivement changé : l'hospitalisation est nécessaire en vue d'explorer de façon plus approfondie les fonctions hépatiques et de faire éventuellement une biopsie hépatique.

**2.4. Les accidents neurologiques et sensoriels peuvent être provoqués par plusieurs médicaments antituberculeux.**

La streptomycine peut être responsable d'une chute de l'acuité auditive allant jusqu'à la surdité. D'un vertige sévère et permanent ou d'une ataxie : dans ces cas, le traitement par streptomycine (et par tout autre aminoside) doit être immédiatement et définitivement interrompu.

Ces accidents peuvent être favorisés par une insuffisance rénale.

L'isoniazide, absorbé accidentellement à fortes doses, peut provoquer des convulsions ou des crises d'épilepsie : les polynévrites sensitives sont rares et régressent après l'arrêt du traitement.

L'ethambutol (absorbé à des doses supérieures à 25 mg/kg de poids par jour) peut entraîner une névrite optique rétrobulbaire, plus souvent axiale (avec baisse de l'acuité visuelle et dyschromatopsie) que périaxiale (réduction périphérique du champ visuel).

Cette névrite optique régresse après arrêt de l'ethambutol.

**2.5. Les accidents rénaux majeurs sont représentés par l'anurie par tubulonéphrite toxique.**

Accident exceptionnel observé après administration de streptomycine ou de rifampicine (surtout de façon intermittente), l'anurie impose l'arrêt immédiat et définitif du médicament incriminé. la néphropathie médicamenteuse peut régresser si le malade est placé sous dialyse (tableau3)

**3. LES INTERFERENCES MEDICAMENTEUSES.**

L'administration de la rifampicine (qui s'élimine par voie biliaire) en traîne des conséquences sur le métabolisme d'autres médicaments qui peuvent être pris par le tuberculeux.

**3.1. Rifampicine et contraceptifs oraux.**

L'interférence qui sera le plus souvent rencontrée dans la pratique est celle qui existe entre la rifampicine et les pilules contraceptives à faible teneur d'œstrogène. L'absorption de rifampicine accélère l'élimination d'œstrogènes, et de ce fait, diminue l'action contraceptive de la pilule.

C'est pourquoi chez toute malade tuberculeuse en âge de procréer, on doit demander systématiquement si une contraception orale est en cours et, si c'est le cas changer la méthode contraceptive.

Tableau 3. Les effets secondaires majeurs des médicaments antituberculeux.

Effets secondaires	Médicaments responsables	Mesures à prendre
Hypersensibilité généralisée	Tous médicaments	Arrêt du traitement Identification du médicament responsable Desensibilisation éventuelle Reprise de traitement
Purpura Anémie hémolytique	Rifampicine Streptomycine	Arrêt total et définitif
Hépatite avec ictère	Isoniazide Pyrazinamide  Rifampicine	Arrêt Surveillance Reprise éventuelle du traitement avec Rifampicine 5-8mg/kg Isoniazide 4-5 mg/kg
Surdité. Troubles vestibulaires Epilepsie Polynévrite Névrite optique rétrobulbaire	Streptomycine Isoniazide Ethambutol	Arrêt total et définitif Posologie à contrôler Pyridoxine Arrêt total et définitif
Anurie	Rifampicine Streptomycine	Arrêt total et définitif

**3.2. Rifampicine et autres médicaments.**

L'absorption de rifampicine fait diminuer le taux sérique des glycosides, des anticoagulants, des corticoïdes, des hypoglycémiant oraux. Lorsqu'un malade reçoit l'un de ces médicaments antituberculeux, il importe donc d'ajuster les doses de ces médicaments en fonction des taux sériques ou de l'évolution des constantes biologiques (tableau 4)

**4. LA PREVENTION DES EFFETS SECONDAIRES INDESIRABLES.**

Deux méthodes permettent de prévenir et de limiter au maximum les effets secondaires : le choix d'une posologie appropriée des médicaments et le bilan systématique avant traitement.

**Tableau 4. Les interférences de la rifampicine.**

Catégorie de médicaments	Effets de la rifampicine	Mesures à prendre
Contraceptifs oraux	Perte de l'effet contraceptif	Changer de méthode contraceptive
Glycosides cardiotoniques	Diminution du taux sérique	Ajuster la posologie après dosage sanguin
Anticoagulants (coumarines)	Diminution du taux sérique	Ajuster la posologie en surveillant le taux de prothrombine
Corticoïdes	Diminution du taux sérique	Augmenter la posologie
Hypoglycémisants oraux	Diminution du taux sérique	Augmenter la posologie en surveillant la glycémie

4.1. La meilleure façon de prévenir les effets secondaires des médicaments antituberculeux est de respecter une posologie appropriée conforme aux doses indiquées dans l'annexe I.

4.2. Pour détecter les malades soumis au risque d'effets secondaires un bilan clinique. Éventuellement complété par un bilan biologique, est indispensable avant tout traitement antituberculeux.

Ce bilan clinique permettra de déceler notamment :

\* des antécédents de maladie hépatique, qui devront rendre prudent dans la prescription de rifampicine : si l'altération fonctionnelle ou anatomique du foie est confirmée, on pourra prescrire la rifampicine à une dose quotidienne comprise entre 5 et 8 mg/kg de poids ;

\* une insuffisance rénale chronique : dans ce cas on évitera la streptomycine, ou on la prescrira à faible dose tout en surveillant l'acuité auditive ;

\* des antécédents d'accidents allergiques.

4.3. Pour éviter ou limiter les interférences médicamenteuses, le bilan général préliminaire permettra aussi

\* d'adopter une autre méthode de contraception chez la femme prenant habituellement une pilule à faible taux d'œstrogènes ;

\* d'augmenter les doses d'anticoagulants chez un malade en traitement par les coumarines en surveillant le taux de prothrombine, ou digitaline chez un cardiaque ;

\* de surveiller et d'adapter le traitement d'un diabétique jusque là traité par les hypoglycémisants oraux.

### ANNEXE III

#### LE REGISTRE DE DECLARATION DES CAS DE TUBERCULOSE ET LE DOSSIER INDIVIDUEL DES MALADES

Au centre de contrôle de la lutte antituberculeuse (ou au dispensaire antituberculeux) du secteur, le médecin est responsable de la tenue régulière du registre de déclaration des cas de tuberculose, et du fichier des malades, constitué par l'ensemble des dossiers individuels des tuberculeux,

#### 1. LE REGISTRE DE DECLARATION DES CAS DE TUBERCULOSE

1.1. Sur ce registre sont inscrits, par ordre chronologique, tous les malades pour lesquels un traitement antituberculeux est commencé dans le secteur sanitaire (que se soit à l'hôpital, dans une polyclinique ou dans un centre de santé) et tous les malades pour lesquels un traitement antituberculeux doit être poursuivi dans le secteur sanitaire lorsque ce traitement a été commencé dans un autre secteur.

Les informations à recueillir pour chaque malade sont les suivantes :

\*date de déclaration

\*numéro d'enregistrement

\*Nom, prénom, sexe, âge, adresse principale du malade

\*diagnostic initial :

- tuberculose pulmonaire (en distinguant les cas à microscopie positive, à culture positive seulement, à bactériologie négative ou non faite) :

- tuberculose extra -pulmonaire en précisant la localisation, et l'existence d'une preuve bactériologique ou histologique ou histologique de la tuberculose.

\*Lieu du traitement ambulatoire

\*La date du début du traitement actuel

\*La nature du régime thérapeutique suivi

\*Le devenir des malades dans les douze mois qui suivent le début du traitement :

-transfert dans un autre secteur sanitaire (indiquer la date du transfert et le nom du secteur) :

-changement de régime thérapeutique en raison d'un échec ou d'une rechute (indiquer la date de constatation et la nature du nouveau régime) :

-décès (indiquer la date et la cause du décès)

-interruption prématurée et durable du traitement avant le terme prévu (indiquer la date à partir de laquelle le malade n'a plus reçu de médicaments).

#### 1.2. La tenue régulière du registre de déclaration permet :

1.2.1 De recueillir les informations épidémiologiques trimestrielles et annuelles en composant le tableau de répartition des cas de tuberculose déclarés selon le statut initial, le sexe et les tranches d'âge.

1.2.2. D'évaluer les résultats pratiques du traitement en analysant, un an après le début du traitement, le devenir des cohortes de malades consécutifs (cohortes trimestrielles, semestrielles ou annuelles) (annexe VI).

1.2.3. D'analyser les conditions d'application du traitement dans le secteur sanitaire, en remplissant les tableaux prévus dans le rapport annuel d'évaluation mentionnant la répartition des cas admis au traitement antituberculeux dans le secteur

\* selon le diagnostic initial

\*selon les régimes thérapeutiques suivis

\*selon le lieu de traitement.

## 2. LE DOSSIER INDIVIDUEL MALADE

Le dossier individuel du malade se présente dans une pochette en carton et se compose de 3 fiches de couleur différentes :

\*une fiche médicale

\*une fiche sociale

\*une fiche de traitement (de 6 mois ou de 12 mois). Par ailleurs, tout malade en traitement doit posséder une carte de traitement.

### 2.1. La fiche médicale.

2.1.1. Au recto, on doit mentionner :

\* L'identification du malade : nom, prénom, âge, sexe et numéro de déclaration (même que celui du registre : par exemple, pour l'année 1980- :80-1,80-2ect.....).

\* Le diagnostic initial, en cochant les cases appropriées pour caractériser l'image radiologique selon le code de lecture décrit au paragraphe 2.1.3. et précisant, pour les tuberculeux extra-pulmonaires l'étendue des lésions (nombre de vertèbres, de calices rénaux ou de ganglions atteints : dimensions des ganglions superficiels en cm).

\* L'existence d'une maladie associée (diabète, cirrhose, insuffisance rénale ou cardiaque, hypertension artérielle, ulcère digestif, épilepsie, ect...).

\* L'existence d'un autre traitement médical en cours (contraceptifs oraux, diagnostiques, barbituriques, corticoïdes, insuline, ect...).

\* L'existence ou l'absence d'un traitement antituberculeux antérieur et d'une hospitalisation pour tuberculose.

\* Le régime adopté et la posologie exacte des médicaments, en fonction du poids du malade.

2.1.2. Au verso, la fiche médicale est complétée lors des visites de contrôle :

\* Les contrôles bactériologiques sont enregistrés aux dates auxquelles ils ont été faits réellement.

\* Les contrôles médicaux mensuels et en fin de traitement permettent de codifier :

- l'évolution des images radiologiques selon le code de lecture décrit au paragraphe 2.1.3.

- la régularité exprimée sous la forme d'un rapport chiffré entre le nombre de doses thérapeutiques quotidiennes reçues et le nombre de traitements prévus. Par exemple, pour juger la régularité de trois mois de traitement quotidien : 85/91, ou 90/91 ou 50/91, ect...

- les problèmes particuliers médicaux ou sociaux observés,

- les décisions prises.

Tableau 1. Code de lecture des radiophotographies pour le dépistage de la tuberculose (O.M.S et commission ad hoc de l'U.I.C.T.)

0 Image normale

1. Anomalies radiographiques extra-respiratoires

(Opacité de la paroi thoracique, anomalies cardio-vasculaires, etc.....)

2. Anomalies radiographiques de l'appareil respiratoire considérées par le lecteur comme non tuberculeuses.

3. Calcification pulmonaires, hilaires isolées sans autres images).

4. Petites opacités pleurales considérées comme n'ayant pas actuellement de signification clinique.

5. Opacités hilaires supposées ganglionnaires sans opacité pulmonaire et pleurale visible.

6. Opacités pleurales y compris les épanchements (avec ou sans adénopathies. Mais sans opacité pulmonaire visible. Les pneumothorax.

7. Opacités pulmonaires non cavitaires considérées par le lecteur sans signification clinique actuelle.

8. Opacités pulmonaires non cavitaires. Considérées par le lecteur comme ayant une signification clinique.

9. Opacités pulmonaires avec cavités certaines. Considérées par le lecteur comme ayant une signification clinique.

\*Sans signification clinique de tuberculose actuellement évolutive

\*\*Avec une signification clinique de tuberculose évolutive.

Tableau 2. Classification des cas de tuberculose (New-York 1955, révision 1961).

#### ETENDUE I. Lésions minimales

Lésions discrètes. Sans excavation manifeste localisées dans une partie limitée de l'un ou de deux poumons

L'étendue totale des lésions. Sans tenir compte de leur distribution. ne devra pas dépasser l'équivalent du volume du tissu pulmonaire qui siège au-dessus de la deuxième articulation chondrosternale et de l'épine de la quatrième vertèbre dorsale ou le corps de la cinquième

#### ETENDUE II. Lésions modérément importantes

Un seul ou deux poumons peuvent être atteints. Mais l'étendue totale des lésions ne doit pas dépasser les limites suivantes :

lésions discrets disséminées qui ne doivent pas s'étendre au-delà du volume d'un poumon (ou de son équivalent dans les deux poumons)

lésion denses et confluentes qui ne doivent pas dépasser le tiers du volume d'un poumons. Le diamètre total des cavités

#### ETENDUE III. Lésions très importantes.

Lésions plus étendues que les lésions modérées.

C'est ainsi que par exemple :

- des lésions cavitaires très étendues bilatérales seront codifiées : 9 IIIB,
  - des lésions évolutives non cavitaires. peu étendues, unilatérales droites seront codifiées : 8ID
  - des lésions séquellaires, d'étendue moyenne, unilatérales gauche, seront codifiées : 7IIG.



## 2.2. La fiche sociale.

2.2.1. Au recto, on doit mentionner :

- \* L'identification du malade, et s'il s'agit d'une femme désignée sous le nom de son père, le nom et le prénom de son conjoint.
- \* L'adresse actuelle précise du malade.
- \* L'adresse habituelle de sa famille.
- \* L'adresse de ses parents (ou du tuteur).
- \* L'adresse du lieu de travail ou d'études.
- \* L'adresse de deux proches à prévenir en cas d'urgence.

Le recueil de ces adresses permet d'engager un dialogue avec le malade et de connaître son activité, ses projets, ses relations. Toutes les adresses doivent être notées, afin que l'on puisse retrouver le malade et le convoquer en cas d'absence ou d'irrégularité au cours du traitement.

2.2.2. Au verso, on doit mentionner la liste nominale complète de toutes les personnes vivant dans le même logement que la malade.

Ces personnes constituent les sujets-contact, groupe à risque, qui doivent recevoir une information sanitaire sur la tuberculose, qui les incitera à se présenter spontanément s'ils ressentent des symptômes respiratoire.

Les enfants de moins de 15 ans qui n'ont pas une cicatrice B.C.G. et dont la réaction cutanée à la tuberculine est inférieure à 5 mm doivent être vaccinés par le B.C.G.

Les enfants porteurs de cicatrice B.C.G et les adultes doivent être interrogés sur les symptômes respiratoires éventuellement ressentis et, si possible, examinés par les moyens radiologiques : tout cas suspect devra fournir deux échantillons de crachats.

Les résultats de l'I.D.R à la tuberculine seront indiqués en mm.

Les résultats de l'examen radiologique seront codifiés selon le code de lecture décrit au paragraphe 2.1.3.

## 2.3. La fiche de traitement

La fiche de traitement ne comporte qu'un recto

Elle est différente pour les régimes de 6 mois et les régimes de 12 mois.

Les dates de livraison de médicaments doivent être indiquées à l'avance, ainsi que les dates des contrôles bactériologiques.

Les jours de traitement doivent être régulièrement cochés.

La fiche de traitement est confiée à l'unité sanitaire chargée de distribuer les médicaments au malade : à la fin du traitement, elle doit être renvoyée au centre de contrôle de la lutte antituberculeuse (ou au dispensaire antituberculeux) du secteur.

## 2.4. La carte de traitement du malade

La carte de traitement, qui reproduit les informations essentielles de la fiche de traitement, doit être remise au malade le jour même de sa « prise en charge » au centre de contrôle du secteur.

Dans les traitements quotidiens auto-administrés elle permet au malade de cocher lui-même les jours de traitement.

## ANNEXE IV

### DEPISTAGE DES SUJETS VIVANTS AU CONTACT D'UN TUBERCULEUX PULMONAIRE

Les « sujets contact » sont :

- Les personnes vivant sous le même toit que le malade,
- Les enfants
- scolarisés d'une même classe dont l'enseignant ou l'un des élèves est malade.

Ces « sujets contact » constituent un groupe à haut risque dont l'examen a pour but de dépister parmi eux tous les cas de tuberculose, pulmonaire ou extra pulmonaire.

**Cet examen sera si possible réalisé tout de suite après le dépistage du cas de tuberculose pulmonaire. Il sera cependant nécessaire d'insister auprès des sujets en contact ou leurs parents indemnes de toute atteinte lors de ce premier examen, pour qu'ils sachent que la maladie peut se révéler dans les mois à venir. Si des signes cliniques apparaissent chez un de ces sujets, il devra se présenter dans les plus brefs délais à la consultation.**

L'attitude pratique devant les sujets en contact avec un tuberculeux pulmonaire dépend de l'âge.

#### 1. ENFANTS AGES DE 0 A 14 ANS.

La conduite à tenir sera déterminée par l'existence ou non d'une cicatrice de vaccination B.C.G dont la date sera éventuellement précisée, et par les résultats des trois examens suivants :

- Le test tuberculique réalisé par voie intradermique et mesuré en millimètres,
- L'examen clinique complet,
- Examen radiologique (nourrissons) ou radio photographique.

##### 1.1. Présence de signes cliniques et/ ou radiologiques

L'existence de ces signes entraînera un bilan complet et si nécessaire l'hospitalisation en vue du diagnostic : examens des crachats et éventuellement tubages ou écouvillonnages, examens biologiques, prélèvement biopsique ou ponction en cas de suspicion d'une tuberculose extra pulmonaire.

## 1.2. Pas de signes cliniques.

### 1.2.1. Réaction tuberculine supérieure à 15 mm.

Si l'enfant montre une réaction à la tuberculine égale ou supérieure à 15 millimètres, il devra être présenté au médecin responsable de la lutte antituberculeuse du secteur, ou au médecin pneumo-physiologue de la wilaya, qui, en fonction des examens qu'il effectuera et du statut vaccinal de l'enfant prendra alors une décision.

Si l'enfant est âgé de 0 à 4 ans, et qu'il présente une telle réaction tuberculique, il devra être considéré comme ayant une primo-infection récente et mis au traitement antituberculeux.

### 1.2.2. Réaction tuberculine comprise entre 6 et 15 mm.

Si l'enfant ne porte pas de cicatrice vaccinale, et en l'absence de signes cliniques ou radiologiques, il devra être réexaminé un mois plus tard.

Si l'enfant est vacciné au B.C.G, aucune prescription ne sera faite.

### 1.2.3. Test tuberculique négatif.

Dans ce cas, l'enfant recevra le vaccin B.C.G qu'il soit porteur ou non d'une cicatrice vaccinale.

## 2. SUJET DE 15 ANS ET PLUS.

On recherche l'existence des éléments suivants :

- Antécédent de tuberculose en cours de traitement ou déjà traitée,
- Symptômes respiratoires durables, ou tout autre symptôme extra pulmonaire,
- Une réaction tuberculique fortement positive.

### 2.1. Examen radiologique pulmonaire anormal.

2.1.1. Les examens bactériologiques des crachats sont positifs : le traitement antituberculeux est prescrit.

2.1.2. Les examens bactériologiques sont négatifs malgré l'existence de lésions radiologiques pulmonaires suspects de tuberculose : les examens devront être répétés et les prélèvements mis en culture.

La radiographie pulmonaire sera refaite après un mois. Les résultats de ces examens permettront alors la décision thérapeutique.

### 2.2. Examen radiologique pulmonaire normal.

2.2.1. Le sujet présente des signes cliniques et/ ou radiologiques évocateurs d'une tuberculose extra pulmonaire : la réaction tuberculique positive supérieure à 5mm, les résultats des examens bactériologiques ou anatomo-pathologiques permettront la prise de décision thérapeutique.

## ANNEXE V

### LES COMMANDES DE MEDICAMENTS, DE MATERIEL ET DE PRODUITS DE LABORATOIRE

#### 1. LES COMMANDE DE MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX.

Les commandes de médicaments doivent être faites trimestriellement et l'on doit s'organiser pour avoir en permanence trois mois d'avance de médicaments.

1.1. A titre indicatif, les prévisions de consommation annuelle en médicaments de base d'un secteur sanitaire de 100 000 habitants sont les suivants :

Tableau 1. Consommation annuelle des médicaments antituberculeux de première ligne dans un secteur sanitaire de 100 000 habitants.

Médicaments	Estimation pour 100 000 habitants		
	150 cas	100 cas	50 cas
Rifampicine + Isoniazide « 300 » (RH 300) (gélules)	28 000	18 000	9 000
Rifampicine + Isoniazide (RH 150) (gélules)	40 000	25 000	12 500
Streptomycine 1g (flacons)	9 000	6 000	3 000
Pyrazinamide 500mg (comprimés)	29 000	20 000	10 000

Ces prévisions reposent sur les estimations suivantes :

- 50 à 150 cas de tuberculose à traiter,
- La moitié des malades pèse plus de 50 kg,
- L'autre moitié moins de 50 kg.



Les commandes réelles seront en général inférieures et différentes en fonction de la répartition des malades selon leur poids réel et les régimes thérapeutiques suivis.

Il sera nécessaire de les réajuster en tenant compte de la population réellement couverte par les services de santé et du nombre réel des cas dépistés et pris en charge au cours des dernières années.

## 2. LES COMMANDE DE LAMES DE VERRE ET DE CRACHOIRS

Les commandes de lames de verre et de crachoirs doivent couvrir les besoins du laboratoire :

- Pour recueillir les échantillons de crachats des cas suspects (dépistage) et des cas en traitement (surveillance du traitement).
- Et pour réaliser au moins 2 frottis par échantillon de crachats recueillis.

A titre indicatif, la consommation annuelle d'un secteur sanitaire de 100 000 habitants en lames et crachoirs nécessaires à la lutte antituberculeuse a été calculée (tableau 2).

Le nombre de prélèvements à examiner pour le dépistage, le diagnostic et la surveillance du traitement sera de 1 500 par an au maximum. Si l'on tient compte du fait que, pour chaque prélèvement, il est nécessaire de réaliser 2 frottis sur lames, le nombre de frottis à lire sera de 3 000 par an au maximum (pour 100 000 habitants).

Tableau 2. Consommation annuelle de lames et crachoirs destinés à la lutte antituberculeuse dans un secteur de 100 000 habitants.

Matériel	Nombre
Crachoirs	1 500
Lames de Verre	3 000

## 3. LES COMMANDE DE REACTIFS ET DE COLORANTS.

Les réactifs, colorants et ingrédients nécessaires au diagnostic microscopique de la tuberculose ont été calculés à titre indicatif pour un secteur de 100 000 habitants.

Les quantités nécessaires sont indiquées dans le tableau 3. Les commandes réelles devront être adaptées en fonction de la population réelle du secteur et de l'activité du laboratoire.

Tableau 3. Consommation annuelle de réactifs, colorants et ingrédients nécessaires au diagnostic microscopique de la tuberculose dans un secteur de 100 000 habitants.

	Nombre de frottis à réaliser et à lire	
	1 000	6 000
Acide sulfurique pur ou dilué au ¼	0,5 litres	3 litres
Fuchsine phéniquée de Ziehl	6 litres	30 litres
Bleu de méthylène. Phénique	4 litres	10 litres
Alcool à brûler	6 litres	23 litres
Huile à immersion	100 ml	600 ml

## 4. LE MATERIEL NECESSAIRE A UN LABORATOIRE DE MICROSCOPIE.

Ce matériel existe dans la grande majorité des secteurs sanitaires. Il est nécessaire de veiller à l'entretien du matériel indispensable et de disposer des éléments suivants :

- Un microscope binoculaire muni d'un objectif à immersion,
- 5 lames de recharge,
- Un bec Bunsen ou une lampe à alcool,
- Une pointe de diamant ou d'acier pour marquer les numéros d'identification sur les lames,
- Un cristalliseur pour le dégraissage des lames dans un mélange d'alcool et d'acide chlorhydrique à 3 %/00...

Pour les autres éléments du matériel, consulter « le guide technique concernant le diagnostic de la tuberculose par microscopie directe » (U.I.C.T., 1978).

## 5. LE MATERIEL NECESSAIRE A UN LABORATOIRE DE MICROSCOPIE ET DE CULTURE.

Ce matériel comprend :

- Du matériel d'équipement,
- De la verrerie,
- Et du petit matériel de laboratoire.

### 5.1. Le matériel d'équipement comporte :

- Un microscope binoculaire muni d'un objectif à immersion,
- Une centrifugeuse standard 5 000 tours par minute à 4 piots, fond conique, sur pied,
- Un réfrigérateur,
- Un agitateur magnétique avec 3 portoirs, 4 trous : référence : Jean Robin, type AVE 220 volts,
- Un poupinel 200°,
- Une étuve bactériologique spéciale pour Loewenstein pouvant contenir 20 plateaux,
- Une cocotte minute 20 litres avec manomètre,
- Une balance Roberval,
- Une hotte de protection.

## 5.2. La verrerie à commander comporte :

- 4 Erlenmeyer de 1 000ml,
- 4 Erlenmeyer de 2 000ml,
- 1 bonbonne de verre de 10litres,
- 5 pipettes graduées de 20ml,
- 5 pipettes graduées de 10ml,
- 5 pipettes graduées de 2ml,
- 2 cristallisoirs en verre avec couvercle de 3litres,
- 2 ballons pyrex de 1litre,
- 2 ballons pyrex de 2litres,
- 3 éprouvettes graduées pyrex de 1litre,
- 3 éprouvettes graduées pyrex de 500ml,
- 4 éprouvettes graduées pyrex de 100ml,
- 10 000 lames,
- 2 flacons de verre teinté de 2litres,
- 4 flacons de verre teinté de 60cl,
- 4 entonnoirs de verre ou de plastique de 180mmm de diamètre,
- 6 entonnoirs de verre ou de plastique de 70mmm de diamètre,
- 3 agitateurs de verre de 30cm de long.
- 4 000 crachoirs en plastique jetables,
- 5 000 baguettes de verre (pour pipettes pasteur).

## 5.3. Le petit matériel de laboratoire comporte :

- 6 portoirs métalliques pour tubes à essai de 18,
- 2 pinces sans griffes en inox,
- 2 becs Bunsen avec veilleuse,
- 3 paniers métalliques ronds 16/16,
- 2 plateaux métalliques en aluminium avec bords et fente latérale pour l'arrivée du gaz (35X60 cm) à faire par un tôlier,
- 1 plateau émaillé pour coloration (30X50X5 cm),
- 4 baguettes porte-lames en métal rigide de 40cm de long,
- 2 minuterics 60 mn,
- 2 anses de platine,
- 1 seau métallique galvanisé avec couvercle et anses de 60cm de haut.

## 6. LE MATERIEL NECESSAIRE A L'APPLICATION DU VACCIN B.C.G OU DU TEST TUBERCULINE.

Ce matériel comprend :

- Des aiguilles de calibre 25, en alliage inoxydable qui peuvent éventuellement être passées à la flamme et réutilisées,
- Des seringues parfaitement étanches, à embout comportant une bague en caoutchouc, contenant un millilitre et graduées au 1/100<sup>e</sup>. Ces seringues sont généralement fournies en conditionnement stérile. (un modèle de seringue en verre disposant d'un piston et d'un embout métallique étanche, facilement stérilisable, peut aussi être utilisé).

## 7. MODE D'APPROVISIONNEMENT DES SECTEURS SANITAIRES ET MOYENS MATERIELS NECESSAIRES A LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE.

Pour faciliter l'approvisionnement régulier des secteurs sanitaires en moyens matériels, vous trouverez, ci-dessous, les adresses des différents organismes disposant de ce matériel.

### 7.1. Les médicaments antituberculeux :

- ENAPHARM : 25,rue youcef Belkhetab, Mohammedia (ex- Lavigerie), EL-HARRACH,
- ENCOPHARM: 31, rue Kaddour Boumendous, CONSTANTINE,
- ENOPHARM: Zone industrielle Haï El Badr, ORAN.

### 7.2. Petits matériels de laboratoire, microscopes, réactifs et colorants, films radiologiques :

- ENEMEDI : 1, rue de Dijon, Bab-El-Oued, ALGER.

### 7.3. Vaccins B.C.G, tuberculine, milieux de culture de Loewenstein :

- Institut Pasteur d'Algérie, rue du Docteur Laveran, Le Hamma, ALGER.

### 7.4. Crachoir :

- E.N.P.C, 187, rue de Tripoli, Hussein-Dey, ALGER.

Toute difficulté relative à l'acquisition des moyens matériels nécessaires à la lutte antituberculeuse, ou jugée susceptible de perturber le bon déroulement des activités doit être portée à la connaissance de la Direction de la Prévention, Ministère de la Santé, par voie hiérarchique.

## ANNEXE VI

### EVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL ANTITUBERCULEUX

L'évaluation du programme comporte deux aspects distincts : l'évaluation des mesures appliquées et l'évaluation de l'impact épidémiologique du programme.

#### 1. EVALUATION DES MESURES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE APPLIQUEES.

1.1. L'évaluation du dépistage de la tuberculose pulmonaire consistante d'abord à comparer les résultats du dépistage avec les objectifs du programme.

Pour cela, on compare les taux d'incidence estimés des cas de tuberculose à microscopie positive (75 cas pour 100 000 habitants) avec les taux observés. Ensuite, pour analyser le fonctionnement du réseau de dépistage et ses défaillances, on relève, par secteur sanitaire et par commune, en fonction de la population générale :

- Le nombre de consultants généraux de plus de 15 ans,
- Le nombre de consultants âgés de plus de 15 ans qui consultent pour des symptômes respiratoires durables de plus de deux semaines, ou évocateurs,
- Le nombre d'échantillons de crachats recueillis et étudiés en microscopie et en culture,
- Le nombre de cas de tuberculose pulmonaire identifiés (à microscopie positive, ou à culture positive seulement),
- Le nombre de cas de tuberculose pulmonaire admis au traitement

Cette évaluation de base est faite chaque trimestre, sur le terrain, par le médecin responsable de la lutte antituberculeuse dans le secteur.

Les données annuelles sont rassemblées après contrôle et présentées lors du séminaire de supervision annuel.

1.2. L'évaluation du traitement de la tuberculose (pulmonaire et extra pulmonaire) consiste d'abord à étudier les résultats du traitement pour les malades qui auraient dû achever leur traitement dans le trimestre écoulé ou dans l'année écoulée.

- Pour les tuberculeux pulmonaires à bactériologie positive initialement, leur devenir douze mois après le début du traitement permet de distinguer 3 groupes principaux :
- Les malades vivants (répartis en 3 sous-groupes : à bactériologie négative, à bactériologie encore positive, à bactériologie inconnue).
- Les malades décédés.
- Les malades perdus de vue : malades ayant interrompu leur traitement avant le terme prévu et n'ayant jamais été retrouvés par les services de santé.
- Pour les cas de tuberculose extra pulmonaire la même évaluation peut être faite, en distinguant, parmi les malades vivants, ceux qui sont déclarés guéris et ceux qui ont encore des signes d'évaluation.

Ces résultats sont faciles à analyser s'ils ont été régulièrement reportés sur le registre de déclaration des cas de tuberculose du secteur.

Ensuite pour analyser les conditions d'application du traitement dans l'ensemble du réseau, et pour identifier les défaillances des services on doit relever, par secteur sanitaire et par commune, les données suivantes :

- Le nombre des cas de tuberculose (pulmonaire et extra pulmonaire) admis au traitement, soit directement dans le secteur, soit transférés d'autres secteurs.
- La répartition des cas selon les régimes thérapeutiques suivis.
- La répartition des cas selon leur lieu de traitement.

Cette évaluation de base est faite chaque trimestre sur le terrain par le médecin responsable de la lutte antituberculeuse dans le secteur. Les données annuelles sont rassemblées après contrôle et présentées lors du séminaire de supervision annuel.

1.3. L'évaluation de la vaccination par le B.C.G se fait trimestriellement et annuellement, en comparant le nombre de naissances déclarées à l'état civil des communes du secteur sanitaire durant la période écoulée et le nombre d'enfant vaccinés par le B.C.G nés dans l'année et nés dans l'année précédente.

L'analyse est faite dans chaque commune et au niveau du secteur, par le chef du service de prévention, dans le cadre de l'évaluation du programme national de vaccination.

#### 2. EVALUATION DE L'IMPACT EPIDEMIOLOGIQUE DU PROGRAMME NATIONAL ANTITUBERCULEUX.

Les deux indicateurs épidémiologiques les plus aptes à mesurer l'ampleur du problème de la tuberculose en Algérie et son évolution sont :

- L'incidence annuelle des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive.
- L'incidence annuelle de l'infection.

2.1. L'incidence annuelle des cas de tuberculose à microscopie positive dépend de la qualité et de l'étendue des activités du réseau de dépistage.

Si on l'observe plusieurs années consécutives, elle montre la tendance évolutive de la tuberculose, surtout si l'on analyse le groupe des jeunes adultes (15-24 ans).

C'est pourquoi, il est indispensable de déclarer tous les cas de tuberculose dans les rapports mensuels et annuels conformément aux modèles de fiche relevé mensuel des cas de tuberculose et du rapport annuel d'évaluation pratique du programme national antituberculeux présentés ci-après.

2.2. L'incidence annuelle de l'identification tuberculeuse ne peut être mesurée directement en Algérie par des enquêtes tuberculiniques chez des jeunes enfants parce que 80% des enfants sont vaccinés dès la naissance et 100% des enfants scolarisés le sont aussi. Dans cette situation, il est impossible de distinguer chez de jeunes enfants l'allergie vaccinale consécutive à une infection naturelle.

Cependant, des enquêtes tuberculiniques de contrôle sont organisées au niveau central, sur des groupes d'enfants scolarisés vaccinés à la naissance.

Ces enquêtes par sondage, répétées tous les cinq ans dans les régions choisies à l'avance, permettront d'évaluer indirectement l'évolution du risque d'infection chez les enfants de 8 à 12 ans.

Ces enquêtes par sondage, répétées tous les cinq ans dans les régions choisies à l'avance, permettront d'évaluer indirectement l'évolution du risque d'infection chez les enfants de 8 à 12 ans.

SECTEUR SANITAIRE :

WILAYA

MOIS :

ANNEE :

RELEVÉ MENSUEL DES CAS DE TUBERCULOSE

(Reporter sur cette fiche tous les cas de tuberculose inscrit sur le registre de déclaration pendant le mois)

N°	Nom & Prénom	Sexe	Age	(1) commune de résidence	(2) Diagnostic initial					(3) Date du début du traitement	(5) le malade a-t-il été déjà traité ? Si oui : année		
					Tuberculose Pulmonaire bactériologique							Tuberculose Extra pulmonaire	
					M+	M-	C+	C-	Non faite	Localisation	Preuve		

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA PREVENTION

**CIRCULAIRE N° 521 /MSP/DP/SDPS DU 01 JUIL 2001**

**DESTINATAIRES :**

MM. LES WALIS – CABINET « pour information »  
MM. LES D.S.P « pour exécution »  
MM. LES DIRECTEURS DES CHU ET EHS « pour exécution »  
MM. LES DIRECTEUR DE L'INSP ET L'IPA « pour exécution »  
MM. LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES  
(A l'attention des chefs de service de pharmacie, « exécution »  
de, DAT (UCTMR) et des SEMEP) « pour exécution »

**OBJET : *Approvisionnement en Médicaments Antituberculeux.***

Le nouveau manuel de lutte antituberculeux a codifié l'utilisation des médicaments antituberculeux en Algérie, depuis 2000.

1°) Les médecins exerçant dans les structures de santé publique peuvent disposer des médicaments antituberculeux essentiels, nécessaires aux traitements standardisés (de 1<sup>ère</sup> ligne et de 2<sup>ème</sup> ligne en retraitement) pour tous les malades atteints de tuberculose. Isoniazide et Rifampicine, Streptomycine, Pyrazinamide pour tous les nouveaux malades (traitement de première ligne).

Ethambutol, à associer aux médicaments précédent dans le régime de 2<sup>ème</sup> ligne réservés aux tuberculeux pulmonaires : présentant une rechute, ou demeurant et redevenant positifs cinq mois ou plus après le début du traitement, ou présentant une reprise évolutive.

2°) Les médecins spécialistes en pneumo-physiologie exerçant dans les CHU ont seuls le droit de prescrire les médicaments antituberculeux de seconde intention pour les cas chroniques de tuberculose pulmonaire, (c'est à dire les échecs bactériologiquement prouvés d'un régime standardisé de 2<sup>ème</sup> ligne correctement suivi).

Ethionamide, Ofloxacin, Kanamycine et Cycloserine (éventuellement associé au Pyrazinamide et / ou à l'Ethambutol).

3°) Les commandes de médicaments antituberculeux devront être faites en fonction du nombre des cas déclarés l'an dernier, en tenant compte de la répartition des cas à traiter :

par le régime de 1<sup>ère</sup> ligne : nouveaux cas de tuberculose pulmonaire, primo-infection patente, tuberculose extra pulmonaire ;

par le régime de 2<sup>ème</sup> ligne : échecs, rechutes et reprise de traitement après interruption.

la proportion des cas admis au régime de 2<sup>ème</sup> ligne ne devrait pas dépasser 10% de l'ensemble des cas de tuberculose pulmonaire.

Cette circulaire annule le fax N° 235/MSP/DP du 08.06.1999

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

**Dr .M . K KELOU**

**CIRCULAIRE N° 919 / MSPRH / DP / DU 05 / 08 / 2002**

-

DESTINATAIRES

MM. LES WALIS - CABINET " POUR INFORMATION "

MM. LE DIRECTEUR GENERAL DE LA PCH " POUR EXECUTION "

MM. LES D.S.P " POUR DIFFUSION "

MM. LES DIRECTEURS DES CHU ET EHS " POUR DIFFUSION "

MM. LES DIRECTEURS DE L'INSP ET L'IPA " POUR INFORMATION "

MM. LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES " POUR EXECUTION "

( A l'attention des chefs de services de Pharmacie

de Clinique, des UCTMR (ex DAT) et des SEMEP)

Mr. Le DG de L'Hôpital Central de l'Armée " POUR DIFFUSION "

Objet : **DIRECTIVES TECHNIQUES POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DE L'ADULTE**

Conformément aux recommandations du Comité Médical National de la Lutte Contre la Tuberculose et des Maladies Respiratoires, un nouveau régime thérapeutique et de nouvelles formulations de médicaments antituberculeux seront appliqués aux malades détectés à partir du premier septembre 2002.

**1. LES NOUVELLES FORMULATIONS se présentent comme suit :**

- Une association quadruple : RHZE Rifampicine 150mg + Isoniazide 75mg + Pyrazinamide 400mg + Ethambutol 275mg par comprimé.
- Une association triple : RHZ Rifampicine 150mg + Isoniazide 75mg + Pyrazinamide 400mg par comprimé
- Une association double : RH Rifampicine 150mg + Isoniazide 75mg par comprimé

**2. LES REGIMES THERAPEUTIQUES DE L'ADULTE :**

Les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire doivent recevoir des régimes de 1<sup>ère</sup> ligne pour les catégories I et III (définies en annexe).

Les régimes à prescrire sont :

- 2 RHZE / 4 RH pour les malades entrant dans la catégorie I
- 2 RHZ / 4 RH pour les malades entrant dans la catégorie III

Le nombre de comprimés à faire absorber sous contrôle direct chaque jour par le malade est indiqué dans le tableau ci dessous, selon le poids du malade au premier jour de la phase initiale et selon le poids mesuré à nouveau au premier jour de la phase d'entretien.

- La combinaison double à un seul dosage RH150+75 remplace les anciennes combinaisons doubles (RH300+150 et RH 150+100).

- Il n'y a plus d'injection de streptomycine à faire pendant la phase initiale.

**Tableau I : Traitement des nouveaux cas de tuberculose**  
(Nombre de comprimés à prescrire pour prise orale quotidienne)

Poids des malades (Kg)	Phase initiale (2 mois)		Phase d'entretien (4 mois)
	Catégorie I	Catégorie III	Catégorie I et III
	RHZE 150/75/400/275	RHZ 150/75/400	RH 150/75
30-37	2	2	2
38-54	3	3	3
55-70	4	4	4
71 et plus	5	5	5

- Durant la phase initiale de 2 mois, la prise des médicaments par les malades doit être directement supervisée tous les jours par un agent de santé à l'hôpital ou dans un centre de santé ou par un membre de la famille, formé et contrôlé par un agent de la santé.
- Durant la phase d'entretien, la prise des médicaments est directement supervisée par un proche du malade

1. Les cas de tuberculose pulmonaire déjà traités mais ayant encore des bacilles dans l'expectoration à l'examen direct ou en culture

(échecs, rechutes, ou reprises évolutives après interruption prématurée du traitement de première ligne) doivent recevoir le régime de chimiothérapie de 2<sup>ème</sup> ligne qui n'est pas modifié :

2 SRHZE / 1 RHZE / 5 RHE

**Tableau II : Traitement des cas de tuberculose pulmonaire déjà traités**  
**(Nombre de comprimés à prescrire et quantité de streptomycine à injecter)**

Poids des malades (Kg)	Phase initiale		Phase d'entretien	
	2 premiers mois	3 premiers mois	5 mois	
	Streptomycine	RHZE	RH	E
	1 gr	150/75/400/275	150/75	400mg
30-37	0,50	2	2	1 et 1/2
38-54	0,75	3	3	2
55-70	1*	4	4	3
71 et plus	1*	5	5	3

**\*0.75gm-750 mg- chez les malades âgés de plus de 60ans.**

La streptomycine est donc réservée aux traitements de 2<sup>ème</sup> ligne.

Les médicaments doivent être pris par les malades sous supervision directe d'un agent de santé pendant la phase initiale, et sous supervision directe d'un proche, contrôlé par un agent de santé pendant la phase d'entretien.

2. En cas d'échec bactériologique observé après le 5<sup>ème</sup> mois ou à la fin d'un régime de 2<sup>ème</sup> ligne dûment reçu sous supervision directe, le malade doit être transféré au CHU le plus proche, pour prise en charge d'un cas chronique de tuberculose. (à bacilles multi résistants ou présumés tels).

Les médicaments de réserve, nécessaires à la prescription d'un régime de 3<sup>ème</sup> ligne, ne sont disponibles qu'au niveau des CHU. Ils sont prescrits et distribués sous la responsabilité du Professeur chef du service spécialisé du CHU.

3. Cas particuliers

- les enfants contacts de moins de 5ans soumis à la chimioprophylaxie reçoivent Isoniazide seul, disponible sous forme de comprimé à 100mg et à 300mg.
- Les malades ayant présentés un effet secondaire majeur peuvent disposer de médicaments séparés :

-Isoniazide cps 100mg et 300mg

-Rifampicine cps 150mg et 300mg

-Pyrazinamide cps 400mg

-Ethambutol cps 400mg

pour recevoir un régime de chimiothérapie adapté.

## 2. LA COMMANDE DES MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX PAR LE MEDECIN COORDINATEUR DE L'UCTMR

Les nouvelles formulations de médicaments antituberculeux facilitent les commandes trimestrielles ou annuelles des médicaments, en fonction du nombre de cas déclarés durant le trimestre ou l'année écoulés.

Les quantités indiquées dans les tableaux suivants doivent être adaptées en fonction du nombre réel des cas observés dans le secteur.



**Tableau III : Exemple de commande de médicaments nécessaires pour traiter 100 nouveaux cas de tuberculose de l'adulte (50 TP et 50 TEP)**

		Nombre de cps à commander
RHZE 150/75/400/275	2 mois x 4cps / jour x 50 malades	= 12.000 cps
RHZ 150/75/400	2 mois x 4cps / jour x 50 malades	= 12.000 cps
RH 150/75	4 mois x 4cps / jour x 100 malades	= 48.000 cps

De la même façon, on peut calculer et adapter la commande de médicaments à prévoir pour le traitement de 2<sup>ème</sup> ligne réservé aux malades déjà traités.

Tableau IV : Exemple de commande de médicaments nécessaires pour traiter 10 anciens cas de tuberculose pulmonaire (échecs, rechutes, ou reprises évolutives)

S = 2 mois x 1gr x 10 malades = 600 ampoules 1gr
RHZE = 3 mois x 4 cps/ jour x 10 malades = 3600 cps
RH = 5 mois x 4 cps/ jour x 10 malades = 6000 cps
E = 3 mois x 4 cps/ jour x 10 malades = 6000 cps

#### 4. MESURES TRANSITOIRES

4.1. les stocks de streptomycine existants dans les secteurs sanitaires doivent être réparti entre les secteurs de la wilaya pour assurer le traitement de 2<sup>ème</sup> ligne de tous les anciens cas déjà traités.

4.2. les stocks de l'ancienne association double RH 300/150 doivent être épuisés (avant l'introduction de la nouvelle combinaison unique) selon la posologie indiquée dans le Tableau V

Poids des malades	RH, cp 300+150
30-37	1 cp
38-54	1 cp 1/2
55 et plus	2 cps

4.3 Il demeure entendu que les malades traités par les anciens schémas continueront à en bénéficier jusqu'à la fin de la durée du traitement.

3.4 A compter de la deuxième quinzaine d'août 2002, la première commande des médicaments antituberculeux devra être prévu pour 3 mois (septembre, octobre, novembre 2002). Elle sera adaptée par la suite au nombre de cas déclarés dans le rapport trimestriel du trimestre précédent.

Messieurs les Walis, Directeurs de la Santé et de la Population, Messieurs les Directeurs des CHU, EHS et des Secteurs Sanitaires veilleront à l'application stricte des instructions de la présente circulaire et à leur large diffusion à tous les personnels et services concernés.

**Le Directeur de la Prévention Dr M.K. KELLOU**

## ANNEXE

### Les catégories de malades tuberculeux

#### Catégorie I :

Ce groupe est celui des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive qui doivent être traités en priorité par la chimiothérapie.

A ce groupe principal, il faut rajouter :

- les formes sévères de tuberculose extra pulmonaire : Ostéo-articulaire, Rénale, Péricardique, Génito-urinaire, Méningo-miliaire.
- les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative et à culture positive,
- les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative et à culture non faite ou non disponible.

#### Catégorie II :

Ce groupe correspond à celui des reprises évolutives, des échecs et des rechutes de tuberculose pulmonaire, observés après une première cure de chimiothérapie. Ces cas sont toujours des cas à bactériologie positive (en microscopie directe et/ou en culture).

#### Catégorie III :

Ce groupe est celui des cas de tuberculose extra pulmonaire simples (pleurale, Ganglionnaire périphérique, et les autres localisations viscérale, Cutanées, ou Muqueuses) et des primo-infections sans atteinte pulmonaire visible à la radiographie du thorax.

#### Catégorie IV :

Ce dernier groupe correspond aux cas chroniques et représente les échecs de la catégorie II.

**CIRCULAIRE N° 928 MSPRH/DP/ DU 07 août 2002**

-

DESTINATAIRES

MM. LES WALIS - CABINET " POUR INFORMATION "

MM. LE DIRECTEUR GENERAL DE LA PCH " POUR EXECUTION "

MM. LES D.S.P " POUR DIFFUSION "

MM. LES DIRECTEURS DES CHU ET EHS " POUR DIFFUSION "

MM. LES DIRECTEURS DE L'INSP ET L'IPA " POUR INFORMATION "

MM. LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES " POUR EXECUTION "

(A l'attention des chefs de services de Pharmacie de Clinique, des UCTMR (ex DAT) et des SEMEP)

Mr. Le DG de L'Hôpital Central de l'Armée " POUR DIFFUSION "

Objet : **DIRECTIVES TECHNIQUES POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DE L'ENFANT**

Les cas de tuberculose de l'enfant (0-14 ans) représentent environ 8% des cas de tuberculose déclarés en Algérie. Leur traitement a toujours posé des problèmes dans l'utilisation de posologies adaptées au poids des malades.

En 2002, et conformément aux recommandations du Comité Médical National de la Lutte Contre la Tuberculose et des Maladies Respiratoires, un nouveau régime thérapeutique et de nouvelles formulations de médicaments antituberculeux seront appliqués à ux enfants malades détectés à partir du premier septembre.

1. LES NOUVELLES FORMULATIONS d'antituberculeux en association à proportions fixes sont :

Une association triple : rifampicine+isoniazide + pyrazinamide à la dose de 60mg/30mg/150mg ( RHZ pédiatrie)

- Une association double : rifampicine + isoniazide à la dose de 60mg/30mg. (RH pédiatrie).

Dès que le poids le permet (30 Kg et plus), les présentations utilisées chez l'adulte peuvent être utilisées chez l'enfant.

**LES REGIMES THERAPEUTIQUES ANTITUBERCULEUX CHEZ L'ENFANT :**

**2.1. POSOLOGIE :**

Il faut impérativement peser l'enfant pour calculer la posologie en fonction du poids.

Comme chez l'adulte les médicaments oraux doivent être administrés quotidiennement, le matin à jeun en une seule prise.

La posologie des médicaments antituberculeux recommandée par l'OMS chez l'enfant est la suivante :

- Isoniazide : 4 à 6 mg/Kg tous les jours ou 8 à 12 mg/Kg 3 fois par semaine.
- Rifampicine : 8 à 12 mg/Kg tous les jours ou 3 fois par semaine.
- Pyrazinamide : 20 à 30 mg/Kg tous les jours ou 30 à 40 mg/Kg 3 fois par semaine.
- Ethambutol : 15 à 20 mg/Kg tous les jours ou 25 à 35 mg/Kg 3 fois par semaine.
- Streptomycine : 12 à 18 mg/Kg tous les jours ou 3 fois par semaine.

Pour faciliter la prescription des traitements quotidiens recommandés par le Programme National, le tableau I indique la quantité de médicaments (combinés ou séparés) à prescrire selon le poids des enfants.

**Tableau I : La prescription des médicaments antituberculeux chez**

**l'enfant pour les traitements quotidiens.**

Poids de l'enfant en (Kg)	Phase initiale (2mois)			Phase d'entretien (4mois)
	RHZ cp pédiatrique 60/30/150	S amp 1 gr	Emb cp 400 mg	RH cp pédiatrique 60/30
7	1	0.15	-	1
8-9	1 + 1/2	0.20	-	1 + 1/2
10-14	2	0.20	-	2
15-19	3	0.25	1	3
20-24	4	0.33	1	4
25-29	5	0.50	1 + 1/2	5

**2.2. LES REGIMES THERAPEUTIQUES :**

- Chez les enfants de moins de 5 ans l'ETHAMBUTOL ne doit pas être prescrit.
- Les formes aiguës de tuberculose de l'enfant (méningite et miliaire aiguë) seront dans tous les cas traitées par le régime 2 SRHZ / 4 RH et ce quelque soit l'âge de l'enfant.

**REGIME 2 SRHZ / 4 RH :**

**Enfants de moins de 5 ans :**

- Tuberculose pulmonaire commune
- miliaire aiguë
- méningite
- Tuberculose ostéo-articulaire, rénale, péricardique

**Enfants de 5 ans et plus :**

- miliaire aiguë
- méningite

**REGIME 2 ERHZ / 4 RH :**

**Enfants de 5 ans et plus :**

- Tuberculose pulmonaire commune
  - Tuberculose ostéo-articulaire, rénale, péricardique

**REGIME 2 RHZ / 4 RH :**

Appliqué quelque soit l'âge de l'enfant dans les formes suivantes :

- adénopathie médiastinale simple ou avec trouble de la ventilation
- tuberculose des séreuses : plèvre, péritoine
- adénites superficielles

- autres localisations extra respiratoires

### 3- LA COMMANDE DES MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX CHEZ L'ENFANT

Cette commande doit être faite chaque trimestre. Elle est fondée sur le nombre de cas de tuberculose de l'enfant déclarés l'an dernier, augmenté de 10%, et divisé par quatre ( / 4 ) pour une commande trimestrielle.

La prescription et les commandes de médicaments antituberculeux à usage pédiatrique seront dorénavant faites selon les directives suivantes :

**Tableau II : Exemple de commande à prévoir pour 10 enfants tuberculeux**

RHZ pédiatrie 60/30/150	4 cp x 60 jours x 10 enfants = 2400 cp.
RH pédiatrie 60/30	4 cp x 120 jours x 10 enfants = 4800 cp.
Ethambutol 400 mg	1 cp x 60 jours x 4 enfants = 240 cp.
Streptomycine Ampoule 1 gr	1 ampoule x 60 jours x 2 enfants= 120 amp

Les chiffres indiqués dans le tableau ci dessus pour 10 enfants malades doivent être adaptés au nombre réel d'enfants malades dans chaque secteur.

### 4- EFFETS INDESIRABLES

Lorsque les médicaments antituberculeux sont utilisés à la posologie recommandée, les effets indésirables sont exceptionnels

En cas d'effets secondaires majeurs : hypersensibilité généralisée, hépatite avec ictère, l'enfant sera transféré vers le service de pédiatrie du CHU le plus proche pour adaptation du traitement.

### 5-REMARQUE :

Il demeure entendu que les enfants malades traités par les anciens schémas continueront à en bénéficier jusqu'à la fin de la durée de leur traitement.

Messieurs les Walis, Directeurs de la Santé, et de la population, Messieurs les Directeurs des CHU, EHS et des Secteurs Sanitaires veilleront à l'application stricte des instructions de la présente circulaire et à leur large diffusion à tous les personnels et services concernés.

**Le Directeur de la Prévention**

**Dr M. . K. KELLOU**

## **SCHEMA DE TRAITEMENT DES BRUCELLOSES HUMAINES**

### **BRUCELOSE SEPTICEMIQUE AIGUE :**

Appliquer l'un schéma suivant par ordre de préférence.

#### **Premier Schéma :**

Rifampicine : 990 mg/ jour en 1 seule prise.

Doxycycline : 200 mg/ jour en 1 seule prise.

Si Doxycycline non disponible: utiliser Oxytétracycline à la posologie de 21 g/ jour en 4 prises.

Durée du traitement : 06 semaines.

#### **Deuxième Schéma :** (au cas où Rifampicine non disponible)

Doxycycline : 200 mg/jour en Oxytétracycline 2 g/ jour,

Gentamycine : 80 mg x 2mg / jour en I.M

Durée du traitement : - Doxycycline en Oxytétracycline: 06 semaines  
- Gentamycine 06 semaines

#### **Troisième Schéma :** (au cas où Doxycycline en Oxytétracycline non disponible)

Rifampicine: 900 mg/jour en une seule prise, durée: 06 semaines

Gentamycine: 80mg x 2/ jour en I.M. durée: 03 semaines

**N.B/** Les Schémas 1,2 et 3 ne sont pas valables chez la femme enceinte et l'enfant d'âge inférieur ou égal à 6 ans.

Cas particuliers :

Enfants d'âge compris entre 7 et 15 ans (appliquer l'un des 3 schémas):

Utiliser les antibiotiques à la posologie suivante:

- Rifampicine: 25 mg/kg/jour en une seule prise.
- Doxycycline: 5mg/ kg/ jour en une seule prise
- Oxytétracycline: 50mg/ kg /jour en 04 prises.
- Gentamycine: en I.M. : 2 à 3 mg/ kg/ jour en deux injections

b. Enfants d'âge égal ou inférieur à 6 ans :

Rifampicine : 25mg /kg / jour en une seule prise.

Amoxicilline : 50mf/kg/ jour en 04 prises.

Durée : 06 semaines.

C. Femmes enceintes :

Rifampicine : 900 mg/jour en une seule prise.

Amoxicilline : 2g/ jour en 04 prises

Durée : 06 semaines.

#### **BRUCELLOSES FOCALISEES/**

Appliquer le même schéma thérapeutique mais pendant une durée plus prolongée;

Localisation ostéo-articulaire : 03 mois au minimum

Localisation neuro-méningée : 06 mois au minimum

La durée du traitement par la Gentamycine ne doit pas dépasser trois semaines dans tous les cas.

Direction de la prévention

## Conjonctivite aigue

### **DEFINITION**

La conjonctivite aigue correspond à l'inflammation de la muqueuse conjonctivale, très vascularisée, recouvrant la sclère et la face postérieure des paupières, c'est une affection extrêmement fréquente.

Dans la majorité des cas elle est bénigne sauf pour le trachome qui demeure encore à l'origine d'un grand nombre de cécité.

### **LE DEGRE D'URGENCE**

Le médecin généraliste prend en charge une conjonctivite aux conditions suivantes :

- Symptomatologie récente (moins de 48 heures)
- Absence de (triade de gravité, voir messages)
- Sécrétions non purulentes.

Dans le cas contraire et s'il n'y a pas d'amélioration au bout de 48 heures adresser au spécialiste.

### **LES MESSAGES**

- La conjonctivite est la cause la plus fréquente d'œil rouge, mais tout œil rouge ou tout œil « qui pique » n'est pas synonyme de conjonctivite.
- Avant de parler de conjonctivite, éliminer des causes plus sévères d'œil rouge, en recherchant la triade de gravité :
  - 1 - douleurs importantes
  - 2 - baisse de l'acuité visuelle
  - 3 - rougeur localisée autour du limbe (cercle périkératique)
- il ne faut jamais utiliser des antibiotiques et/ou des corticoïdes locaux en première intention, mais les antiseptiques qui n'induisent pas de résistance secondaire et ont une action polyvalente non spécifique
- si la plupart des conjonctivites sont bénignes, un certain nombre peuvent être très grave (atteinte cornéenne menaçant la vision, aux séquelles importantes), en particulier chez le nouveau-né et le nourrisson.

### **Confirmation du diagnostic**

Notion de contagé, d'infection ORL associée, de terrain allergique, d'exposition à un agent irritant (UV, toxique fumée)

L'atteinte est rarement unilatérale, la bi latéralisation secondaire est fréquente.

Le syndrome conjonctival comprend : 1 Signes fonctionnels :

- Sensation de sable de poussière ou de corps étranger
- Larmolement
- Pas de douleur véritable, pas de baisse de l'acuité visuelle nette, pas de blépharospasme
- Parfois prurit (étiologie allergique)

#### 2 Signes d'examens

- Rougeur conjonctivale diffuse prédominante à la face postérieure des paupières associées à une hypertrophie des papilles ou des follicules conjonctivaux
- Hypersécrétion muqueuse, mucopurulente, agglutination des cils, surtout le matin au réveil
- Œdème papillaire

S'y associent parfois :

- Œdème conjonctival
- Eczéma des paupières
- Hémorragies sous conjonctivales
- Adénopathie satellite (pré auriculaire) +++

### **PROTOCOLE DE TRAITEMENT**

- Nettoyer l'œil et les paupières avec sérum physiologique
- Instiller plusieurs gouttes antiseptiques
- Prescrire un antiseptique : 2 gouttes toutes les 2 heures pendant deux jours puis revoir le patient
- Ne pas utiliser l'antibiothérapie locale et l'antibiothérapie générale avant d'avoir fait un prélèvement cyto bactériologique conjonctival « frottis conjonctival »

En cas de sécrétions très purulentes, on peut éventuellement prescrire un antibiotique en collyre (bacitracine, rifampicine, chibroxine, néomycine,.....) après frottis, 2 gouttes toutes les deux heures, en attendant une consultation spécialisée s'il n'y a pas d'amélioration en 48 heures.

La cause la plus fréquente des conjonctivites est virale, la notion de contagé est capitale au diagnostic. C'est le cas en particulier des épidémies, parfois explosives, de conjonctivites chez les enfants des crèches : des mesures prophylactiques strictes sont impératives : lavage des mains, éviction des enfants atteints, les antibiotiques ne sont d'aucune utilité dans les conjonctivites virales.

Les antiseptiques visent à prévenir la surinfection bactérienne.

Les collyres anti-viraux ne sont pas indiqués car ils sont inefficaces sur la plupart des virus mis en cause dans la conjonctivite virale.

### **LES EXAMENS PARA CLINIQUES**

Prélèvement cyto bactériologique des sécrétions lorsque celle-ci sont abondantes et purulentes

### **PIEGES QU'IL FAUT EVITER**

- Une conjonctivite peut être secondaire à un corps étranger superficiel méconnu, penser à le rechercher systématiquement en particulier derrière la paupière supérieure après instillation d'anesthésique local (novésine)
- Une conjonctivite peut se compliquer d'atteinte cornéenne secondaire (kérato conjonctivite) : toujours revoir le patient au bout de 48 heures de traitement
- Certaines kératites (herpès cornéen) peuvent, au début, simuler une conjonctivite épreuve à la fluorescence. Ne jamais prescrire de corticoïdes ou d'anesthésiques locaux. Se méfier car beaucoup de collyres antibiotiques sont associés à des corticoïdes.
- L'importance de sécrétions ne juge pas la gravité de la conjonctivite.

Le Directeur de la Prévention  
**Dr M.EL .KELLOU**

**OBJET : Mesures préventives à observer en cas d'épidémie de conjonctivite.**

En complément à notre instruction n° 767 / MSPRH/DP DU 26 JUILLET 2003 relative à la prise en charge d'un cas de conjonctivite, je vous adresse, à titre indicatif, les quelques mesures préventives essentielles à communiquer et à faire observer par les praticiens et leur proche en cas de suspicion de conjonctivite ou de cas avéré en vue de freiner le développement de l'épidémie.

J'attache une importance particulière à la plus large diffusion de ces mesures.

**MESURES A PRENDRE CONTRE L'EPIDEMIE DE LA CONJONCTIVITE**

- 1- Bien se laver les mains et le visage avec l'eau et un savon de préférence doux
- 2- Eviter la contamination par le toucher, en serrant la main d'une personne ou en utilisant ses objets personnels (serviettes, vêtements ...)
- 3- Ne pas mettre de pansements sur les yeux infectés pour éviter la prolifération des germes mais porter de préférence des lunettes teintées.
- 4- Eviter les regroupements ou le contact de la personne atteinte est plus facile, tels que les fêtes, les lieux de travail.
- 5- La personne atteinte doit garder ses distances avec son environnement et respecter la durée du traitement qui est de 15 jours pour éliminer complètement les germes.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

**Dr M.EL .KELLOU**



# **Programme Nationaux de Santé Publique**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA PREVENTION  
SOUS DIRECTION DE LA SANTE  
MATERNELLE ET INFANTILE

**CIRCULAIRE N°188 MPS / DP/ SDSMI .....21 FEVRIER 1999**

----- DESTINATAIRES -----

-MM. LES WALIS (CABINET)	« pour information »
-MM. LES WALIS (DSPS)	« pour exécution »
-MM. LES DIRCTEURS GENERAUX DE CHU	« pour exécution »
-MM. LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES	« pour exécution »

**OBJET: RELANCE ET CONSOLIDATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE R. A. A**

Depuis plus de 10 ans les professionnels de santé s'efforcent de mettre en œuvre les activités destinées à réduire la morbidité et les rechutes dues au rhumatisme articulaire aigu.

Les résultats enregistrés restent médiocres, du fait d'un manque d'organisation et de supervision de ce programme.

Il existe pourtant des ressources humaines mal exploitées, tant au niveau des services hospitaliers, qu'au niveau des unités de base, ou encore, au niveau du programme de santé scolaire.

L'évaluation de ce programme, effectué à la fin de l'année 1996, a permis au comité national de lutte contre le RAA d'identifier un certain nombre de lacunes, et de formuler des propositions en vue de la redynamisation du programme.

La présente circulaire représente le fruit du travail de ce comité dont il convient de saluer ici la continuité et l'engagement.

Un certain nombre d'aspects ont été privilégiés pour les années à venir :

En premier lieu, l'approche régionale, vu qu'un comité régional a été mis en place dans chacune des cinq régions sanitaires, c'est ce comité qui aura à dynamiser le programme dans chacune des régions, et à assurer sa supervision.

En second lieu, une attention spéciale à la prise en charge des patients victimes d'une première crise et ce, afin d'éviter les rechutes. Il est très important de prendre en considération le fait que l'enfant victime d'une atteinte rhumatismale est pris en charge à l'hôpital, mais que la prophylaxie des rechutes doit se faire à proximité de son domicile.

Cela suppose une bonne liaison structure de soins de base – hôpital qui n'est pas toujours respectée.

En troisième lieu. Il est fondamental de mieux connaître l'incidence et la prévalence de l'affection. Cela signifie qu'un très gros effort doit être fait en matière de diagnostic et de déclaration et que d'autre part, des enquêtes doivent être menées dans différents points du pays; afin que nous puissions mieux suivre l'évolution de l'importance du phénomène.

Signé le Directeur de la Prévention

**J. P GRANGAUD**

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE  
LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.**

**1 - OBJECTIFS**

Le Programme National de Lutte le Rhumatisme Articulaires Aigu (P.N.L-R.A.A) se fixe comme objectifs pour les cinq années à venir. C'est à dire au 31 décembre 2003, chez l'enfant et l'adolescent de 4 à 19 ans de :

DIMINUER L'INCIDENCE du R.A.A de 50%

DIMINUER L'INCIDENCE de rechutes à moins de 0,4 % années patients

REDUIRE LA PREVALENCE DES CARDIOPATHES RHUMATISMALES (C.R) à MOINS DE 1,5% (pour mille)

**2- ACTIVITES :**

Pour atteindre les objectifs précédemment fixés, les activités suivantes doivent être développées et/ou renforcées :

Traiter toute angine diagnostiquée par une injection unique de BENZATHINE BENZYL-PENICILLINE

Hospitaliser et traiter tout malade atteint de R.A.A

Prévenir les rechutes en organisant la prophylaxie secondaire

Organiser l'information, éducation, communication (I.EC)

Organiser le circuit de recueil des données

Faire une évaluation régulière du PNL-RAA

**3 - ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE R.A.A :**

La lutte contre le rhumatisme articulaire aigu intéresse tous les nouveaux d'intervention du système de santé à savoir : les unités de soins de base, les structures hospitalières, le S.E.M.E.P, la pharmacie, la direction du secteur, la direction de santé et de la population, la région sanitaire, l'institut Pasteur, l'I.N.S.P et la direction de la prévention du ministère de la santé et de la population.

**3.1 - AU NIVEAU DES UNITES DE SANTE DE BASE :**

Les unités de santé de base représentent le premier maillon indispensable de P.N.L --R.A.A c'est d'elle que dépend le succès du programme. On entend par unité de santé de base toutes les structures libérales, on publiques qui assurent des soins de santé primaires : centre de santé, polycliniques, unités de dépistage et de suivi de la santé scolaire (UDS), consultations des hôpitaux, centre médico-sociaux des entreprises, cabinets de médecine libérale

**3.1.1 – DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES ANGINES :**

Toute angine diagnostiquées chez l'enfant et l'adolescent de 4 à 12ans doit être considérée comme étant d'origine STREPTOCOCCIQUE et doit être traité par une injection unique de BENZATHINE BENZYL-PENICILLINE (voir fiche technique N°III traitement des angines).

Il faudra s'assurer de la disponibilité de cette fiche technique au niveau de toutes les unités.

**3.2. 2-ORIENTATION DES ENFANTS SUSPECTS DE R.A.A :**

La prophylaxie secondaire a pour but de réduire les rechutes, elle doit être orienté vers l'hôpital (service prenant en charge cette pathologie : pédiatrie, cardiologie, médecin interne ...). Tout malade orienté doit être porteur d'une lettre ou fiche de liaison unité-hôpital (doc. N°2). Le médecin de l'unité doit s'assurer que le malade a été reçu à l'hôpital, en prenant contact avec son collègue du service d'accueil.

**3.1.3 – ORGANISATION DE LA PROPHYLAXIE SECONDAIRE :**

La prophylaxie secondaire a pour but de réduire les rechutes, elle doit être permanente et rigoureuse. Elle consiste en l'administration de BENZATHINE BENZYL –PENICILLINE tous les 21 jours à tout malade atteint de R. A. A ou de C. R ou opéré d'une valvulopathie rhumatismale ou bien L'Erythromycine quotidienne en cas d'allergie (voir fiche technique N°IV prophylaxie secondaire).

L'organisation de la prophylaxie secondaire, pour être efficace nécessite la procédure suivante :

Identification de tous les cas de R. A. A .et de C. R ou opéré de valvulopathie à prendre en charge au niveau de l'unité de base.

L'identification des malades à suivre est obtenue à partir de listes établies par le S. E. M. E. P et / ou des lettres de liaison hôpital-unités.

Etablissement d'un registre de prophylaxie secondaire reportant tous les cas R. A. A et de C R à suivre. Le modèle de ce registre est reproduit en annexe (doc. N°4).

Délivrance d'une carte de suivi de R. A. A. pour chaque malade pris en charge (doc. N°1) cette carte portera les mentions suivantes obligatoires :

**DOC N° 1**

NOM:.....PRENOMS:.....

ADRESSE : .....

DIAGNOSTIC : .....HOSPITALISE A : .....

DATE DES INJECTIONS : .....

d- Approvisionnement en BENZATHINE BENZYL-PENICILLINE la prophylaxie secondaire du R.A.A .est entièrement prise en charge par l'Etat. Elle est donc gratuite. Une estimation des besoins en BENZATHINE BENZYL –PENICILLINE et en PENICILLINE V doit être faite par le responsable du programme. Cette estimation est calculée à partir du nombre de cas suivis, en sachant que chaque patient reçoit 17 injections par an, ou 1cp par jour de pénicilline V pour l'opéré du cœur. D'une façon plus précise les besoins en BENZATHINE BENZYL –PENICILLINE 1,2 million U .I .

Administration de la BENZATHINE BENZYL –PENICILLINE .L'injection de B. B .P se fait au niveau de l'unité de santé. On reportera sur le registre du R.A.A et sur la carte du malade, la date précise de l'injection. On n'oubliera pas de convoquer l'enfant pour l'injection suivante.

### 3. 1 .4 –EVALUATION :

L'évaluation permet de savoir si les objectifs fixés ont été atteints et de recenser les difficultés rencontrées afin d'y remédier.

Au niveau des unités de soins de santé de base, l'évaluation doit être permanente, et périodique c'est à dire tous les mois. Elle doit se faire par les médecins au niveau de chaque unité car elle permet :

- Un suivi régulier de la prophylaxie secondaire
- De convoquer les malades en retard de prophylaxie secondaire
- De réévaluer les besoins en BENZATHINE BENZYL – PENICILLINE
- Chaque unité de santé doit dépister et énumérer :
- Le nombre total de patients suivis en prophylaxie secondaire
- Le nombre d'abandons de prophylaxie secondaire
- Le nombre de nouveaux cas recensés
- Le nombre de rechutes (échec de la prophylaxie secondaire).

### 3. 1 .5 PROPHYLAXIE DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE :

Elle est de règle chez tout enfant porteur d'une cardiopathie rhumatismale ou opéré du cœur (fiche technique N°V)

### 3. 1. 6 ORGANISATION DE L'INFORMATION, EDUCATION, ET COMMUNICATION (I.E.C) :

#### **EN DIRECTION DES FAMILLES :**

L'enfant et sa famille doivent être informés des dangers d'une angine non traitée ou mal traitée, notamment les répercussions sur le cœur, les affiches produites par le ministère doivent être bien mise en évidence dans les centres de santé.

Une attention plus particulière doit être portée aux enfants suivis en prophylaxie secondaire. Il faudra expliquer à la famille et à l'enfant l'intérêt de la prophylaxie secondaire, ses modalités et ses avantages.

L'accent doit être porté sur la régularité de la prophylaxie secondaire.

#### **EN DIRECTION DES ENSEIGNANTS :**

Le médecin de l'unité de dépistage scolaire (UDS) sollicitera la participation des enseignants pour organiser une leçon pédagogique sur l'angine et sur le R. A. A En utilisant les supports fournis par le comité interministériel.

#### **EN DIRECTION DU PERSONNEL DE SANTE :**

La documentation élaboré par la direction de la prévention doit être disponible et accessible à tous, Cette documentation concerne le traitement de l'angine, la prophylaxie secondaire, la prophylaxie de l'endocardite infectieuse, le diagnostic et le traitement du R.A.A, et les supports d'évaluation.

### 3. 2 – ROLE DES SERVICES D'HOSPITALISATION :

#### 3. 2. 1 IDENTIFICATION DES SERVICES PRENANT EN CHARGE LE R.A.A :

Tous les services d'hospitalisation du secteur sanitaire ou du C.H.U prenant en charge le diagnostic, le traitement et le suivi du R.A.A doivent être identifiés en vue de « capter » tous les cas de R.A.A et de C.R répertoriés.

#### 3. 2 .2 ACTIVITES :

Hospitaliser tout cas de R.A.A tout signe de R.A. A doit être confirmé selon les critères de JONES (fiche technique°I).

Le rôle du laboratoire est primordial.

Tous cas de R.A.A confirmé doit être traité en milieu hospitalier (fiche technique N°II).

Toute C.R confirmée bénéficiera d'une prophylaxie secondaire au niveau de l'unité de base la plus proche ou de l'U.D.S (fiche technique N°IV).

Enregistrer tout cas de R.A.A et de rechute R.A.A au niveau du service.

Etablir une carte R.A.A individuelle pour chaque malade hospitalisé et traité.

Orienter, à la sortie de l'hôpital le malade vers l'unité de base la plus proche du domicile en vue du suivi en prophylaxie secondaire.

Cette orientation se fera par lettre de liaison hôpital-unité, remise à la famille (doc.N°2).

Etablir, en collaboration avec le S.E.M.E.P, un relevé mensuel des nouveaux cas de R.A.A et de rechutes (doc. N°5) avec fiche déclaration d'un malade atteint de R.A.A (doc.N°3)

Avoir un entretien avec la famille expliquant la maladie et les modalités du suivi.

#### 3. 3 –ROLE DU LABORATOIRE :

La place du laboratoire est primordiale dans le PNL RAA ,pour le diagnostic biologique de RAA

Le responsable du PNL – RAA du secteur sanitaire doit identifier le ou les laboratoires impliqués dans la lutte contre le R.A.A se ou ces laboratoires doivent assurer les examens indispensables au diagnostic du R.A.A la V.S et titrage des ASLO et ASDOR (doc.N°6).

Le responsable du laboratoire doit :

Faire une évaluation des besoins en réactifs. Ces besoins sont pris en charge par le budget prévention.

Planifier ou organiser la formation et/ou le recyclage des personnels techniques.

Contrôler la qualité des analyses.

#### 3. 4 ROLE DU SERVICE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE MEDECINE PREVENTIVE (S.E.M.E.P)

Le S.E.M.E.P est chargé de la supervision des activités du P.N.L – R.A.A au niveau des secteurs sanitaires en particulier l'identification de tous les cas de R.A.A et de C.R à suivre, l'estimation des besoins en BENZATHINE BENZYL-PENICILLINE l'organisation du circuit du recueil des données et l'évaluation des activités.

#### 3 .4 .1 IDENTIFICATION DS CAS DE R.A.A. :

Le responsable du S.E.M.E.P s'assurera du recensement de tous les cas hospitalisés et traités en collaboration avec les services hospitaliers.

Le responsable du S.E.M.E.P en collaboration avec les services hospitaliers reportera tous les cas identifiés sur le registre R.A.A du S.E.M.E.P En ce qui concerne les C.H.U, une coordination entre le service d'épidémiologie du C.H.U et celui du secteur sanitaire est nécessaire.

#### 3. 4. 2 S'ASSURER DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PROPHYLAXIE SECONDAIRE AU NIVEAU DES UNITES DE BASE :

Etablir une liste des enfants à suivre en prophylaxie secondaire au niveau de l'unité de santé de base la plus proche du domicile et assurer de la bonne prise en charge.

Notifier tous les cas d'abandon pour les identifier et reprendre leur prophylaxie.

#### 3.4.3 ESTIMATION DES BESOINS EN BENZATHINE – BENZYL-PENICILLINE :

Selon les secteurs sanitaires, la commande de BENZATHINE BENZYL-PENICILLINE et la PENICILLINE V, peut être faite par le S.E.M.E.P pour l'ensemble des unités de santé. Le S.E.M.E.P. se chargera par la suite de faire parvenir à chaque unité son quota.

Dans d'autres cas, l'unité de santé fait directement sa commande à la pharmacie du secteur.

#### 3. 4. 4 EVALUATION

Le responsable du S.E.M.E.P supervisera les activités de prophylaxie secondaire au niveau de toutes les unités de soins de base. Il doit connaître à son niveau les abandons de prophylaxie secondaires.

Le responsable du S.E.M.E.P adressera une fois par mois à la D.S.P le relevé nominatif des cas de R.A.A. et de rechutes identifiées dans le mois (DOC N° 5).

**ROLE DE LA DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION DE WILAYA (D.S.P) :**

Le médecin responsable de la prévention au niveau de la D.S.P Wilaya :  
coordonne les activités P.N.L R.A.A entre les différents secteurs sanitaires de la wilaya.  
recueille les listes nominatives des cas de R.A.A identifiés par les SEMEP.  
achemine ces listes vers l'observatoire régional de la santé, I.N.S.P et la direction de prévention du ministère de la santé et de la population.  
Evalue le P.N.L-R.A.A au niveau de la wilaya.

**3.6. ROLE DE L'INSTITUT PASTEUR D'ALGERIE (I.P.A) :**

L'I.P.A joue le rôle de laboratoire national de référence pour le streptocoque (service streptocoque R.A.A). Ses principales tâches sont (fiche technique N°VI) :  
Le contrôle de qualité  
La fonction normative  
La formation et le recyclage du personnel  
La prévision et la disponibilité des réactifs  
La participation à la recherche appliquée et épidémiologique.

**3.7 ROLE DE L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE :**

Dans le cadre de la régionalisation sanitaire des comités régionaux sont créés. Le coordinateur de chaque comité régional est membre de facto du comité national de lutte contre le R.A.A

Ces comités régionaux en collaboration avec les observatoires régionaux de la santé (O.R.S) ont pour tâche :

L'évaluation et la supervision du programme à l'échelle régionale

La formation des personnels impliqués dans le P.N.L-R.A.A

La mise en place de zones sentinelles

**ROLE DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE (I.N.S.P) :**

L'évaluation du P.N.L-R.A.A est confiée à L'I.N.S.P pour tous les autres programmes

A ce titre, cette structure et ses annexes (O.R.S) doivent disposer de toutes les informations de routine et sont habilitées à promouvoir toute enquête permettant d'améliorer la stratégie dans le cadre de la lutte contre le R.A.A.

Les indicateurs retenus sont :

l'incidence du R.A.A

l'incidence des rechutes

la prévalence des cardiopathies rhumatismales

Information, Education et Communication (I.E.C).

Information du grand public

Education du malade

Communication Sociale vers la population cible de la maladie (spot TV, articles, affiches)

**ROLE DE LA DIRECTION DE LA PREVENTION MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION :**

La Direction de la prévention (D.P) doit être destinataire de toutes les informations concernant le déroulement du P.N.L-R.A.A, ainsi que des données colligées par l'I.N.S.P et les O.R.S la D.P est responsable au premier chef de la prise de décision de toute opération de nature à permettre une amélioration dans le cadre du déroulement du programme. La D.P est chargée de la rétro-information vers les secteurs sanitaires et les C.H.U.

Elle est chargée d'élaborer un budget-programme et de recueillir les ressources nécessaires, en vue de mettre en œuvre toutes les activités relevant de ses attributions dans le PNL-RAA. La Direction de prévention est assistée du Comité National de Lutte contre le R.A.A dont les tâches sont :

L'élaboration de la stratégie à l'échelon national,

La relance ou la mise en œuvre du programme,

L'élaboration des documents d'information et d'évaluation,

La promotion de la recherche appliquée sur le R.A.A

	TACHES	SUPPORT
UNITES DE SANTE DE BASE	*Diagnostic et traitement des angines	* Fiche technique N°1 et 2
	*Orientation des cas suspects de R.A.A et C.R	*Lettre de liaison doc.N°12 Unité –Hôpital
	*Assurer la prophylaxie secondaire	*Fiche technique N°IV
	*Etablissement d'un registre prophylaxie secondaire	*Registre doc.N°4 Prophylaxie secondaire
	*Etablissement d'une carte R.A.A	*Carte R.A.A doc.N°1
	*Approvisionnement en Benzathine penicilline	
	*Prophylaxie de l'endocardite infectieuse	*fiche technique FT N°V
	*I.E.C -Famille -Enseignant -Personnel soignant (formation)	Affiche Leçon Fiches techniques FT N°1-2-3-4-5-6
*Evaluation		

	TACHES	SUPPORT
SERVICES D'HOSPITALISATION	*Diagnostic et traitement R.A.A	*Fiche technique N°1-2
	*Renseignements des cas R.A.A	*Registre d'hospitalisation
	*Orientation pour prophylaxie secondaire	*Lettre de liaison doc. N°2 Hôpital-Unité
	*Evaluation	*Relevé mensuel doc.N°5
	*Etablir carte R.A.A	*Carte R.A.A doc.N°1
	*I.E.C	

	TACHES	SUPPORT
LABORATOIRE D'hôpital de wilaya	V.S. A.S.L.O et ASDOR Prélèvement bactériologique et Sérogroupe	Registre des examens

	TACHES	SUPPORT
S.E.M.E.P	Identifier les cas de RAA hospitalisés et traités dans les services hospitaliers du secteur	Registre RAA
	S'assurer du bon suivi de la prophylaxie secondaire du secteur sanitaire	Registre de pharmacie
	Commander et répartir les différents supports et fiches techniques sur les unités de base.	
	Etablir des listes nominatives de cas de RAA et les adresser à la DSP Wilaya.	Support de déclaration (DOC N°)

	TACHES	SUPPORT
DSPS WILAYA	Coordonner les activités du P.N.L-R.A.A au sein de la Wilaya	
	Recueillir les listes nominatives des cas de RAA des secteurs.	
	Acheminer les listes des DSP vers l'INSP	

O. R. S.	TACHES	SUPPORT
	- l'évaluation et la supervision du programme à l'échelle régionale	
	- la formation des personnels impliqués dans le P.N.L – R.A.A	
	- la mise en place de zones sentinelles	

**DOC N° 2**

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE R.A.A**

**LETTRE DE LIAISON**

SECTEUR SANITAIRE DE : .....  
 UNITE DE : .....  
 CABINET LIBERAL : .....

Mon cher confrère  
 Je me permets de vous adresser cet enfant

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 SEXE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....  
 LIEU DE NAISSANCE : .....  
 ADRESSE EXACTE ET TELEPHONE : .....

QUI A CONSULTÉ POUR : .....

CHEZ QUI NOUS SUSPECTONS : .....

NOUS VOUS L'ADRESSONS POUR AVIS (OU HOSPITALISATION).

SI VOUS NE JUGER PAS SON HOSPITALISATION NECESSAIRE, VEUILLEZ NOUS INDIQUER LA CONDUITE A TENIR.

.....  
 .....  
 .....

EN CAS D'HOSPITALISATION POUR R.A.A, VEUILLEZ NOUS LE READRESSER POUR PROPHYLAXIE SECONDAIRE.

AVEC NOS REMERCIEMENTS.

MEDECIN : .....

SIGNATURE

**DOC N° 3**

SECTEUR SANITAIRE DE : .....  
 C.H.U DE : .....  
 CLINIQUE LIBERALE : .....

**FICHE DE DECLARATION D'UN MALADE  
 ATTEINT DE R.A.A.**

NOM : ..... PRENOM : .....  
 NE LE : ..... AGE: .....  
 ADRESSE: .....  
 ...

WILAYA: .....  
 COMMUNE : .....  
 CODE POSTAL : .....

HOSPITALISE LE : .....  
 SERVICE D'HOSPITALISATION : ..... HOPITAL : .....

**CRITERES DE DIAGNOSTIC : (\*)**

Polyarthrite	Oui	Non	Température : .....
Cardite	Oui	Non	Taux ASLO.....
Chorée	Oui	Non	ASDOR..... Nodosité
Erythème angine	Oui	Non	CRP.....
Arthralgies	Oui	Non	VS :1h.....2h..... (Valeur)
Antécédents de Cardite	Oui	Non	
BAV 1 <sup>er</sup> degré	Oui	Non	
Traitement corticoïde	Oui	Non	
Diagnostic retenu : .....			

Première crise	Rechute
Médecin traitant	le responsable du SEMEP
Signature	Nom..... Prénom : ..... Date : ..... Signature : .....

(\*) Cocher dans la case correspondante.

**DOC N° 4**

**REGISTRE DU SUIVI EN PROPHYLAXIE SECONDAIRE AU NIVEAU  
 DE L'UNITE DE BASE ANNEE.....**

N°	NOM/PRENOM	SEXE	AGE	ADRESSE EXACTE	COMMUNE DE RESIDENCE	TRAITEMENT SUIVI	DATE DE LA 1 <sup>ER</sup> INJ	NOUVEAU CAS OU RECHUTE

**PROPHYLAXIE SECONDAIRE**

1 <sup>ère</sup> INJ	2 <sup>ème</sup> INJ	3 INJ	4 INJ	5 INJ	6 INJ	7 INJ	8 INJ	9 INJ	10 INJ	11 INJ	12 INJ	13 INJ	14 INJ	15 INJ	16 INJ	17 INJ	OBS



RELEVÉ MENSUEL DES CAS DE R.A.A.

WILAYA DE : .....  
 SEMEP DU SECTEUR SANITAIRE DE : .....  
 SEMEP DU C.H.U : .....  
 MOIS DU : .....

NOM ET PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	COMMUNE DE RESIDENCE	CRITERES MAJEURS	CRITERES MINEURS (CLINIQUES)	VS ET /OU CRP	ASLO ET/OU ASDOR	NOUVEAUX CAS	RECHUTES

Adressez un exemplaire :  
 Au Médecin responsable de la prévention (DSP Wilaya)  
 Au Ministère de la Santé et de la Population – Direction de la Prévention-  
 A l'institut national de santé publique  
Rechutes : tout malade en crise de R.A.A ayant des ATCD de R.A.A (crise antérieure) ou CP documentée et / ou mise sous prophylaxie secondaire, ou opéré  
Nouveau cas : première crise de R.A.A

Le Médecin Responsable du SEMEP

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**DIRECTION DE LA PREVENTION**

**SOUS DIRECTION DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE.**

**CIRCULAIRE N° 1810 MSPRH/SDSMI DU 25 OCTOBRE 2004**

**DESTINATAIRES**

MM LES DSPTS : TOUS

« Pour exécution »

MM LES DIRECTEURS GENERAUX DE CHU : TOUS

« Pour exécution »

MM LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES : TOUS

« Pour exécution »

MM LES DIRECTEURS DES EHS : Tous

« Pour exécution »

**OBJET** : Application du Programme National de lutte contre les infections respiratoires

Aiguës de l'enfant âgé de 0 à 4 ans révolus.

Chaque année, plus de 10 millions d'enfants meurent avant d'avoir atteint leur 5<sup>ème</sup> anniversaire dans les pays en voie de développement. Soixante quinze pour cent de ces enfants sont originaires d'Afrique. Ces décès sont pour la majorité imputables à 5 pathologies : la rougeole, les IRA, la diarrhée, le paludisme, la malnutrition et plus généralement à l'association de ces maladies.

Les rapports statistiques de l'UNICEF montrent que les infections Respiratoires Aiguës de l'enfant de moins de 5 ans constituent la première cause de mortalité dans les pays en développement.

La mise en œuvre de programmes mondiaux de lutte contre ces pathologies a fortement contribué à faire baisser la mortalité infantile comme le montre les bulletins réguliers de l'OMS (plus de 17 millions de décès en 1970 contre 10,5 millions en 2002).

En Algérie, selon les résultats de l'enquête nationale de santé en 1990 les IRA constituent la première cause de morbidité avec 46% des consultations chez les enfants de moins de 5 ans ainsi que 24% des motifs d'hospitalisation. Elles sont également la première cause de mortalité infantile (11%) avec la diarrhée (7%).

En 1993, le Ministère de la santé a mis en place un Comité National de lutte qui avait pour tâche la mise en place d'un Programme National dont les 3 objectifs principaux étaient la réduction de la mortalité due aux IRA, la réduction de la morbidité des IRA graves ainsi que la rationalisation de la prescription des médicaments inutiles en particulier des antibiotiques.

La stratégie adoptée a comportée plusieurs étapes. La première a consistée dans la formation médicale sous forme de séminaires ateliers afin de standardiser le diagnostic des IRA et d'adopter une thérapeutique codifiée sous forme de directives techniques (Guide, affiches) à l'échelle national. De mars 1996 à la fin de l'année 2002, le comité national de lutte contre les IRA a animé 25 séminaires ateliers à l'échelle national, en plus des formations régionales.

Cette formation a concernée les 185 secteurs sanitaires du pays et a permis l'intégration de ce programme aux programmes des soins de santé primaires et aux autres programmes nationaux (RAA, PEV, Malnutrition).

Depuis, la prise en charge standardisée des iRA fait partie des programmes d'enseignement du cursus de formation médicale et paramédicale.

L'éducation des mères par l'apprentissage des mesures de soutien la reconnaissance des signes de gravité est une partie intégrante de la stratégie de ce programme.

L'évaluation des activités du programme national ainsi que la supervision sur le terrain est effectuée depuis l'année 2003 et a permis d'identifier les difficultés et entraves à la bonne marche du programme.

Les directives contenues dans cette instruction permettront d'officialiser le PNLIRA et de faciliter l'application des recommandations par les gestionnaires des établissements sanitaires et par les praticiens sur le terrain à l'échelle national.

La mobilisation et l'adhésion de tout le personnel de santé est nécessaire à la réussite de ce programme qui contribuera à une meilleure prise en charge de la santé des enfants.

LA DIRECTRICE DE LA PREVENTION  
**F. BELATECHE**

## **Objet : PRESENTATION DU PROGRAMME DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES (enfants de moins de 5 ans).**

Les infections Respiratoire Aiguës (IRA) sont une cause majeure de morbidité chez l'enfant de moins de 5 ans.

Selon l'OMS dans les pays en développement les IRA représentent chez les enfants de moins de 5 ans : - 30 à 60% des enfants de moins de 5 ans vus en consultation.

- 30 à 40% des hospitalisations

Le nombre d'IRA hautes par enfant de moins de 5 ans est en moyenne de 6 à 8 épisodes par an.

En Algérie : Durant l'année 2002, selon les résultats préliminaires du programme IRA les infections respiratoires aiguës représentent chez les enfants de moins de 5 ans :

- 46% des motifs de consultation

- 24% des motifs d'hospitalisation

La répartition topographique des IRA a été la suivante :

- IRA haute : 70%

- IRA Basses : 30%

Les IRA sont l'une des 3 principales causes de mortalité infantile dans les pays en développement avec les maladies diarrhéiques et la malnutrition.

Ainsi chez l'enfant sur 13 millions de décès en 1990 dans les pays en développement : 33,4% (4,3 M) sont dues aux IRA, 24,8% (3,2 M) aux maladies diarrhéiques et 41,8% (5,4 M) aux autres causes. La majorité des décès dus aux IRA chez les enfants de moins de 5 ans sont liés aux pneumonies bactériennes graves.

En Algérie durant l'année 2002, la répartition des causes de décès chez l'enfant de moins de 5 ans fait ressortir que 11% sont dues aux IRA, 7% sont dues aux maladies diarrhéiques et 82 % aux autres causes.

### **I – OBJECTIFS ET STRATEGIES DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES IRA :**

Lors du Sommet Mondial de la Santé de 1991, l'OMS a établi un programme mondial de lutte contre les IRA dont le principal objectif est de réduire la gravité et la mortalité des IRA. Les pays visés par ce programme au nombre de 88 sont ceux dont le taux de mortalité infantile était supérieur à 40% (ce qui était le cas, de l'Algérie dont le taux était de 54%).

En 1993 Algérie faisait partie des pays retardataires qui n'avaient :

- Ni directives

- Ni programme national.

Ainsi un programme de travail a été établi par un groupe multidisciplinaire :

\* De 1993 à 1996 : création du Comité IRA avec réalisation d'un premier Guide (Directives Nationales)

\* et à partir de 1996 : séminaires de formation à l'échelle nationale.

#### **1- Objectifs du programme :**

Les objectifs du programme sont chez l'enfant de moins de 5 ans :

1- de réduire la mortalité due aux IRA

2- de réduire la morbidité des IRA graves

3- de réduire la prescription inappropriée des antibiotiques et autres médicaments dans le traitement des IRA.

#### **2- Stratégies du programme :**

Les stratégies de ce programme national sont basées sur :

1- la standardisation diagnostic et de la prise en charge.

2- Formation du personnel de santé

3- Intégration du programme : aux soins de santé primaire et aux autres programmes : RAA, P E.V

4- Education sanitaire des mères.

##### **✓ La standardisation du diagnostic et de la prise en charge :**

Est réalisée grâce à l'élaboration d'un Guide de Directives Techniques avec :

\* standardisation des définitions des cas (classification OMS)

\* standardisation des schémas thérapeutiques

\* hiérarchisation de la prise en charge.

##### **✓ La formation du personnel de santé :**

\* par l'organisation de séminaires de formation (avec formation locale en cascade)

\* population cibles : - Personnel médical : généralistes, spécialistes

- Personnel para-médical

##### **✓ Education Sanitaire des mères :**

\* lors des consultations, affiches, médias

\* pour diminuer la mortalité et la gravité des IRA, il est indispensable que les mères sachent reconnaître les signes de gravité de façon à ce qu'elles ramènent le plus rapidement possible leur enfant à l'unité de soins la plus proche.

\* leur apprendre à soigner leur enfant à domicile en utilisant des soins de soutien accessibles, en évitant l'automédication par les antibiotiques ou d'autres médicaments inutiles.

##### **✓ Intégration du programme :**

\* aux soins de santé primaire

\* aux autres programmes nationaux : RAA, Malnutrition, Vaccinations.

#### **3- Evaluation et Supervision du programme :**

Elle est réalisée grâce au recueil continu des données et une supervision sur le terrain :

1- par une évaluation des données épidémiologiques

2- par le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant accès à la prise en charge standardisée des IRA.

3- Par une réduction de l'utilisation inappropriée des antibiotiques dans les IRA hautes.

### **II- LES SUPPORTS D'INFORMATION DU PROGRAMME IRA :**

Les objectifs du programme National de lutte contre les infections Respiratoires Aiguës de l'enfant de 0 à 5 ans révolus sont au nombre de 3 :

- 1/ Réduire la mortalité générale en réduisant la mortalité spécifique aux IRA
- 2/ Réduire l'incidence des IRA graves
- 3/ Rationaliser la prescription des médicaments en général et antibiotiques en particulier.

Les buts du programme étant fixés, 3 supports d'information sont nécessaires pour permettre de faire régulièrement une évaluation de ces objectifs.

**1<sup>er</sup> Objectif : La réduction de la mortalité générale par la réduction de la mortalité spécifique aux IRA :**

C'est le tableau : « Morbidité Mortalité hospitalière générale, par maladie diarrhéique et par IRA » qui permet de suivre l'évolution de cet objectif.

Pour rappel, ce support est connu de tous les secteurs sanitaires puisqu'il a été mis en circulation depuis l'année 1995. Ce même support est toujours de rigueur avec quelques corrections néanmoins (Support N°1)  
Les informations suivantes en fonction de l'âge sont répertoriées :

- Le nombre d'enfants hospitalisés toutes causes confondues
- Le nombre d'enfants décédés toutes causes confondues
- Le nombre d'enfants hospitalisés pour maladies diarrhéiques
- Le nombre d'enfants décédés par diarrhée
- Le nombre d'enfants hospitalisés pour IRA
- Le nombre d'enfants décédés par IRA

Ce support est retrouvé dans chaque CHU ou secteur sanitaire qui dispose d'un service d'hospitalisation de pédiatrie. Ce support est dûment rempli chaque mois par le SEMEP du service qui doit le transmettre par voie hiérarchique à la tutelle (DSP)

DSP de : .....

Secteur Sanitaire de : .....

Mois de : ..... Année.....

**Tableau de Morbidité Mortalité Hospitalière Générale et par Maladie Diarrhéique et par Infection Respiratoires Aiguës de l'enfant de 0 4 ans révolus**

	0 à 6 Jours	7 à 28 Jours	29 J à 4 Mois	5 à 11 Mois	12 à 23 Mois	24 à 59 Mois	TOTAL
Nombre d'enfants Hospitalisés Toutes causes confondues							
Nombre d'enfants Décédés Toutes causes confondues							
Nombre d'enfants Hospitalisés pour diarrhée							
Nombre d'enfants Décédés par Diarrhée							
Nombre d'enfants hospitalisés pour IRA							
Nombre d'enfants Décédés par IRA							

2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> Objectifs : La réduction de l'incidence des IRA graves et la réduction de la prescription des antibiotiques

Ces 02 derniers objectifs sont évalués au niveau de la consultation de pédiatrie.

**2 supports sont utilisés à savoir**

- Le registre de consultation
- La fiche d'évaluation de la morbidité par IRA


**Le registre de consultation : (Support 2)**

Les registres de consultation de pédiatrie comportent en général un certain nombre de données que l'on retrouve de façon standardisée.

Pour les besoins du programme IRA, nous avons rajouté une colonne.

Celle-ci, intitulée : » Classification » permettra d'y recueillir les données concernant le programme IRA.

Pour ce faire, nous avons retenu 2 types de classification :

- La classification topographique qui indique l'étage anatomique atteint.
- La décision thérapeutique.

**Pour la classification topographique :**

- Toute IRA des voies aériennes **HAUTES sera codé 1**
- Toute IRA des voies aériennes **BASSES sera codé 2**

**Pour la décision thérapeutique, 3 paramètres :**

- Toute IRA traitée **AVEC ANTIBIOTIQUE sera codé A**
- Toute IRA traitée **SANS ANTIBIOTIQUE sera codé B**
- Toute IRA **EVACUEE sera codé C**

Ainsi le praticien chargé de la consultation portera régulièrement sur son registre de consultation chaque fois qu'il aura à traiter une IRA ces 2 types de données :

- **classification topographique et décision thérapeutique**

Support N° 2

Registre de Consultation

N°	Nom et Prénom	Age En Mois	Sexe	Adresse	Motif de Consultation	Diagnostic	Décision Thérapeutique	Code

**Diagnostic Topographique :**

- 1. IRA HAUTE
- 2. IRA BASSE

**Décision Thérapeutique**

- A. Prescription D'ATB
- B. Pas de prescription d'ATB
- C. Patient évacué

◆ **Le support d'évaluation mensuelle (Annexe 3)**

Ce support reflète les activités mensuelles du programme de lutte contre les IRA. Il permet de chiffrer le nombre de consultants toutes causes confondues, l'incidence des IRA, et les données des classifications topographiques et des décisions thérapeutiques.

Ce support d'évaluation mensuelle comprend 5 colonnes :

<p>Colonne 1 : Nombre d'enfants ayant consultés toutes causes confondues</p> <p>Colonne 2 : Nombre d'enfants ayant consultés pour IRA</p> <p>Colonne 3 : Incidence mensuelle des IRA : Rapport Colonne 2 / Colonne 1</p> <p>Colonne 4 : Données relatives à la classification topographique Cette colonne se subdivise en 2 sous colonnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous colonne 1 : Pour les IRA Hautes</li> <li>• Sous colonne 2 : Pour les IRA Basses.</li> </ul> <p>Colonne 5 : Données relatives aux Décisions thérapeutiques.</p> <p>Elle se subdivise en 3 sous colonnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous colonne A : nombre d'IRA traité avec ATB</li> <li>• Sous colonne B : nombre d'IRA traité sans ATB</li> <li>• Sous colonne C : nombre d'IRA évacué.</li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

tenant compte des paramètres indiqués plus haut.

Support N° 3

**Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière**

Wilaya de : ..... Mois de : .....  
 Secteur sanitaire de : ..... Année : .....

**Fiche d'évaluation de la Morbidité par IRA**  
**Etat global des consultations dans les unités périphériques et l'hôpital du secteur**

Nombre de consultants 4 ans révolus toutes causes confondues	Nombre de Consultants 0 à 4 ans révolus pour IRA	% IRA	Diagnostic Topographique		Décision Thérapeutique		

**Diagnostic Topographique :**

1. IRA HAUTE
2. IRA BASSE

**Décision Thérapeutique :**

- A : Prescription d'ATB  
B : Pas de prescription d'ATB  
C : Patient évacué

SEMEP du Secteur Sanitaire Fait le .....

**III- PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME IRA :**

(au niveau local après le séminaire de formation)

**Information et préparation :**

- 1- Etablir un rapport pour le Directeur du Secteur et le Directeur de la Santé et de la Protection sociale (DSPS) l'informant de votre plan sur la mise en œuvre du programme IRA.
- 2- Organiser une réunion du conseil médical pour les informer.
- 3- Planifier avec le Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) la mise en place du Programme, en établissant le calendrier des activités à réaliser.
- 4- Identifier les éventuelles difficultés qui risquent d'empêcher la mise en place du Programme, et les éventuelles solutions.
- 5- Impression et mise en place des supports d'information.
- 6- Fixer les dates des séminaires locaux de formation pour le Secteur sanitaire puis pour toute la Wilaya (1mois après le séminaire de formation).
- 7- Informer les médecins du secteur privé

**Identification des structures et du matériel :**

**1- Recenser les structures qui prendront en charge les IRA**

Niveau 1 : Unités de base (centre de santé, salles de soins)	IRA légères
Niveau 2 : Polycliniques (munies de lits de mise en observation)	IRA modérées
Niveau 3 : Hôpital ou Centre –Universitaire	IRA graves

**2- Etablir l'inventaire du matériel existant pour la prise en charge des IRA :**

- établir la liste du matériel manquant (pèses bébés, otoscopes, thermomètres, nébuliseurs chambre d'inhalation et sources d'oxygène)
- repérer les lieux d'utilisation

**3- Etablir la liste des médicaments essentiels :**

Avec le pharmacien du Secteur établir la liste et les quantités des médicaments essentiels nécessaires pour assurer la prise en charge des IRA graves.

**Formation du personnel de santé :**

**1- Identifier les lieux de formation**

**2- Constituer l'équipe des formateurs :**

Celle ci doit être renforcée par un membre du Comité National IRA pour le premier séminaire. La formation locale concernera tous les pédiatres et les médecins généralistes assurant des consultations de pédiatrie et les médecins du SEMEP.

Le nombre de participants ne doit pas dépasser 35 par séminaire.

**3-Préparation de la logistique et du matériel de formation :**

- support de formation Guides IRA et Affiches
- feuilles, transparents, stylos, rétroprojecteur et photocopieur

**4- Formation du personnel paramédical :**

Les médecins formés localement doivent former le personnel paramédical de leur centre à reconnaître les signes d'IRA graves et apprendre aux mères les mesures de soutien et donner à ces dernières des conseils d'éducation sanitaire.

**5- Développer l'éducation sanitaire avec les mères :**

**Répartition des tâches du personnel médical :**

**1- Au niveau de la Wilaya :**

Le médecin de la prévention est responsable de la coordination du Programme IRA entre les différents secteurs sanitaires de la wilaya.

**2- Au niveau du secteur sanitaire :**

- Un médecin du SEMEP est responsable du Programme.
- Un pédiatre est un consultant de référence.

**3- Au secteur du secteur du sous secteur sanitaire :**

Le médecin chef coordonne les activités de lutte les IRA entre les différentes structures de santé périphériques.

**4- Au niveau des Consultations :**

Les médecins sont chargés de l'application des Directives techniques IRA et de l'enregistrement des cas.

**Mise en place du Programme :**

Les médecins formés doivent mettre au point l'organisation des activités en rapport avec le nouveau programme dans les structures de santé.

**La supervision :**

- 1- S'assurer que les activités de diagnostic et de traitement sont appliquées.
- 2- S'assurer que les fiches et le registre de consultation sont remplis correctement et qu'ils sont tenus à jour.
- 3- Veillez sur l'approvisionnement régulier en médicaments d'urgence, en consommables et matériels.
- 4- Les visites de supervision sont faites par le médecin du SEMEP :
  - avec les médecins chefs des sous secteurs.
  - une fois par trimestre pour chaque structure au cours de la première année de la mise en place du programme.

❑ **L'évaluation :**

L'évaluation du programme de lutte contre les IRA permet de renseigner :

- sur l'état d'avancement du programme afin de planifier sa destination et les moyens d'y parvenir.
- et de déceler et de résoudre les problèmes.

Cette évaluation concerne toutes les activités du programme avec en particulier :

- la prise en charge standardisée des cas d'IRA,
- l'approvisionnement des établissements de santé en médicaments et en matériel,
- la formation des personnels de santé.

**Des indicateurs ont été définis pour chaque activité.**

**1- Faire une étude rétrospective sur les IRA :**

Il faut faire en premier lieu une étude rétrospective :

- à partir des registres de consultation pour la période de l'année qui a précédé la mise en place du programme .
- elle portera sur la morbidité et la létalité par IRA.
- ainsi que sur la mortalité infantile par IRA.

**2- Evaluation annuelle :**

L'évaluation s'effectuera à la fin de l'année pour chaque secteur sanitaire et pour la wilaya :

- Evaluer la morbidité par IRA
- Evaluer la mortalité par IRA
- Analyse topographique des IRA
- Analyse de l'utilisation des antibiotiques

Les résultats de cette évaluation seront transmis au niveau du secrétariat du Comité National IRA au niveau de la Direction de la Prévention.

**IV. STRUCTURES ET NIVEAUX D'INTERVENTION**

❑ **NIVEAUX D'INTERVENTION :**

**- LE PREMIER NIVEAU D'INTERVENTION :**

Représenté par les **unités de soins de base** dont les conditions ne peuvent assurer que la prise en charge des **IRA légères**.

**- LE DEUXIEME NIVEAU D'INTERVENTION :**

Dont les possibilités matérielles et humaines permettent la prise en charge **des IRA légères et modérées**.

**- LE TROISIEME NIVEAU D'INTERVENTION :**

Niveau de référence pour les autres structures de santé. Il est représenté par les Hôpitaux et les services hospitalo-universitaires chargés en particulier de la prise en charge des IRA graves et compliquées nécessitant des soins et des examens spécialisés.

❑ **LE MATERIEL ET LES MEDICAMENTS ESSENTIELS POUR LA LUTTE CONTRE LES IRA.**

**1- Matériel nécessaire :**

Il est variable selon les niveaux de prise en charge :

- en plus du matériel habituel : thermomètre, abaisse langue, stéthoscope, otoscopes, pèse-bébés – enfants....
- Chambres d'inhalation avec masque, sources d'oxygène, nébuliseurs,
- Aspirateurs de mucosités.

**2- Les médicaments essentiels :**

Ils sont essentiellement représentés par :

- les antibiotiques
- les corticoïdes
- les bronchodilatateurs
- les médicaments symptomatiques.

**HIERARCHISATION DE LA PRISE EN CHARGE**

Structure	Personnel	Moyens	Cas a prendre en charge
<b>NIVEAU 1 :</b> Unité de basse Pas de garde de 24 H	Généraliste	Tout sauf Nébuliseurs	IRA légères
<b>NIVEAU 2 :</b> Polyclinique Garde de 24 H	Généraliste et/ou Spécialiste	Tout	IRA Modérées
<b>NIVEAU 3 :</b> Service de pédiatrie Pédiatrie (Hôpitaux et CHU)	Spécialiste	Tout	Toutes les IRA surtout : Graves et/ou compliquées.



#### IV- DIRECTIVES TECHNIQUES :

##### 1- IRA HAUTES :

##### 1.1. RHINOPHARYNGITES AIGUES :

###### - DEFINIR :

La rhinopharyngite aiguë se définit comme une atteinte inflammatoire de l'étage supérieur du pharynx avec participation nasale. Elle associe : rhinorrhée, fièvre et toux.

La rhinopharyngite aiguë est la pathologie infectieuse la plus fréquente du nourrisson. Les virus sont de très loin les principaux agents pathogènes. C'est une affection banale d'évolution simple qui ne nécessite pas habituellement d'antibiotique.

###### - EXAMINER :

L'examen clinique retrouve :

- une fièvre : souvent modérée (38°-38,5°), parfois > à 39°
- inflammatoire (rougeur) plus ou moins importante du pharynx
- Rhinorrhée antérieure et / ou postérieure : claire, muco-purulente ou purulente.

###### - TRAITER :

Prise en charge

- Lavages des fosses nasales au SSI
- Aspiration des sécrétions
- Mouchages volontaires après 3 ans
- Lutte contre la fièvre (moyens physiques, Paracétamol)
- Mesures de soutien.



Pas d'antibiotiques  
Pas de gouttes nasales médicinales  
Pas d'AINS  
Pas d'antitussifs (pas de sirop contre la toux)

##### **QUAND DONNER DES ANTIBIOTIQUES ?**

- Fièvre élevée > 4 jours
- Réascension de la fièvre
- Aggravation des symptômes



AMOXICILLINE 50 mg/Kg/24 H en 3 prises pendant 10 jours.  
ERYTHROMYCINE 30 à 50 mg /Kg/J si allergie.

##### 1.2/ ANIGINES AIGUES :

###### - DEFINIR :

L'angine est une inflammation aiguë d'origine infectieuse des amygdales et / ou de l'ensemble du pharynx.

Les germes responsables sont des virus (50% des cas) et des bactéries : le streptocoque B hémolytique du groupe A est le plus fréquent des germes bactériens (25 à 40%). Cependant l'angine streptococcique est rare avant 3 ans.

La distinction clinique entre angine virale et bactérienne est difficile.

Pathologie banale et fréquente, la gravité potentielle de l'angine est liée au risque de survenue d'une complication post-streptococcique : GNA et RAA.

###### - EXAMINER :

L'examen clinique retrouve :

- La fièvre
- Examen du pharynx :
  - rougeur diffuse du pharynx
  - tuméfaction des amygdales
  - parfois exsudant blanchâtre
  - adénopathies sous-angulo-maxillaires sensibles

###### - TRAITER :

Selon le guide RAA (p 54)

✓ **ENFANT DE 4 ANS ET PLUS :**

Toute angine doit être considérée comme une angine streptococcique  
(Programme national RAA)

Une injection en I.M unique de Benzyl-Benzathine Pénicilline :

600.000 ui si poids < 30 Kg

1.200.000ui si poids > 30 Kg

- Une injection unique de Benzathine Benzyl Pénicilline permet un taux d'éradication du streptocoque A de 93 à 96%
- La voie orale est possible : Pénicilline V : 50.000à 100.000 ui/Kg24 H en 3 prises pendant 10 j (avec ce traitement l'éradication du streptocoque A est de 88%)
- En cas d'allergie à la pénicilline :  
Erythromycine : 30 à 50 mg /Kg /24 H pendant 10 jours.

✓ **ENFANT DE MOINS DE 4 ANS**

\* Angines érythémateuse : (considérée comme virale)

- pas d'antibiotique
- traitement symptomatique

\* Angine érythémato-pultacée : Traitement oral pendant 10 jours

pénicilline V : 50.000 à 100.000 ui /Kg / 24 H

ou Amoxicilline : 50 mg / Kg / 24 H.

**1.3. OTITES MOYENNES AIGUES :**

**- DEFINIR :**

L'OMA est inflammation de l'oreille moyenne accompagnée habituellement d'un écoulement purulent. Elle se manifeste par les symptômes suivants : douleur (otalgie), fièvre, irritabilité. L'OMA est une affection fréquente surtout chez le nourrisson et le jeune enfant .Les germes responsables sont :

- le plus souvent l'hémophilus influenzae et le pneumocoque.
- plus rarement le staphylocoque auréus.

**- EXAMINER :**

L'examen doit être local et général.

A l'aide d'un otoscope avec une bonne source lumineuse, après avoir nettoyé le conduit auditif.

Permet de retrouver selon les stades évolutifs :

- tympan opaque avec congestion marquée
- tympan opaque bombé
- tympan perforé avec ou sans écoulement (habituellement)

En cas d'otites récidivantes (>4 otites /an) ou en cas d'écoulement chronique (≥15 jours), il faut demander un avis spécialisé en ORL.

**- TRAITER :**

✓ Dans tous les cas : Mesures générales

- soins locaux (idem que rhinopharyngite)

- lutter contre la fièvre (cf annexe)

- mesures de soutien (cf annexe)

✓ Antibiothérapie :

1<sup>ère</sup> intention : Amoxicilline 80 mg /Kg /24 H en 3 prises pendant 10 j

2<sup>ème</sup> intention : Cotrimoxazole : 8 mg /Kg /24 H de Triméthrorime

✓ Traitement de l'éthmoïdite :

- Hospitalisation, Mesures de soutien

- Prescrire une antibiothérapie par voie intraveineuse : ampicilline + gentamycine, 15 à 21 jours puis relais per os.

**1.5./ LARYNGITES AIGUES**

**- DEFINIR :**

- inflammation du larynx le plus souvent d'origine infectieuse.
- Obstruction des voies aériennes supérieures
- Toux aboyante, modification de la voix et stridor inspiratoire (dyspnée inspiratoire) sont les manifestations cliniques habituelles.

L'Epiglottite constitue un tableau grave, heureusement rare.

**- EXAMINER :** L'examen clinique retrouve :

- Fièvre, Dyspnée inspiratoire avec tirage sus sternal
- Stridor et / ou cornage, toux rauque ou aboyante
- Modification du cri et de la voix.

**- TRAITER :**

La majorité des L.A sont d'évolution souvent spontanément favorable.

**1. Laryngite légère : toux rauque sans tirage**

- Traitement en ambulatoire
- Mesures générales : - antipyrétiques en cas de fièvre  
- traitement de la rhinopharyngite si associée.
- Pas d'antibiotiques, Pas de corticoïdes

## 2. Laryngite modérée : toux rauque avec tirage sans cyanose

- Mise en observation, Mesures générales
- Pas d'antibiotiques
- Corticothérapie :  
Administer des corticoïdes d'action rapide par voie intramusculaire :  
Dexaméthasone 0,6 mg / Kg en I.M à renouveler éventuellement après  
1 heure en cas de persistance des symptômes.

Le relais par une corticothérapie orale n'est pas nécessaire (la demi vie de la dexaméthasone est de 36 à 72 H).

## 3. Laryngite sévère : toux rauque avec tirage et cyanose.

- Hospitaliser l'enfant
- Mesures générales : antipyrétiques en cas de fièvre, oxygène humidifié,
- Arrêt de la voie orale, perfusion (ration de base).

### \* Nébulisation d'adrénaline :

L'adrénaline (effet adrénergique) entraîne une vasoconstriction locale avec diminution de l'œdème de la région sous glottique.

Nébulisation d'adrénaline à 1/1.000 (0,1%) : 0,1 ml/Kg ( sans d »passer 5 ml) avec 3 ml de S.S.I. à 9 %

### \* Corticothérapie par voie intraveineuse :

Dexaméthasone 0,6 mg /Kg en I.V à renouveler 1 heure plus tard puis toutes les 6 heures en cas de persistance des symptômes.

### \* Antibiothérapie par voie intraveineuse :

Ampicilline ou amoxicilline 100-150 mg /Kg /24 H en IV en 4 fois

## 4. Epiglottite :

### - Hospitalisation d'urgence

- Respecter la position assise : ne pas allonger
- Toute manipulation est interdite avant d'avoir assuré la liberté des voies aériennes :  
ne pas utiliser d'abaisses langue.

### - Corticothérapie par voie intraveineuse :

Dexaméthasone 0,6 mg/Kg à renouveler 1 heure après.

- **Antibiothérapie** : Céfotaxime 100 mg/Kg/24 h (sinon amoxicilline 150 à 200 mg/Kg + gentamicine 5 mg /Kg /24 h)

**Transfert en service ORL ou réanimation**

## 5. Laryngite diphtérique :

1. Hospitalisation et isolement du malade en service spécialisé
2. ration de base avec électrolytes
3. traitement spécifique : sérothérapie (cf guide).

## 2. I.R.A. BASSES :

### 2.1. BRONCHIOLITES AIGUES :

#### - DEFINIR :

La bronchiolite aiguë est une affection virale inflammatoire survenant de manière épidémique chez les nourrissons âgés de 1 mois à 24 mois.

Les critères diagnostiques de la bronchiolite aiguë sont au nombre de 5 :

- âge inférieur à 2 ans
- sibilances diffuses et/ou râles crépitants diffus chez le nourrisson de moins de 6 mois.
- Symptômes d'infection virale des voies aériennes supérieures
- Présence ou non de signes de détresse respiratoire
- Le 1<sup>er</sup> ou le 2<sup>ème</sup> épisode de ce type

L'agent étiologique principal est le virus respiratoire syncytial (70%). C'est une infection d'une grande contagiosité. La bronchiolite aiguë est une affection d'évolution habituellement favorable en quelques jours

(5 à 8 jours) et dans la majorité des cas le traitement est prescrit en ambulatoire.

Cependant 3 à 5 % des nourrissons peuvent présenter une forme sévère nécessitant l'hospitalisation.

- **EXAMINER** : L'examen clinique retrouve :

- Une fièvre modérée habituellement
- Apprécier l'état général : habituellement bon.
- Chiffrer la **fréquence respiratoire** chez le nourrisson calme

Sur une minute : Selon l'OMS on parle de **polypnée** si la F.R est :

≥ à 60 / min chez le nourrisson de moins de 2 mois  
≥ à 50 / min entre 2 et 12 mois  
≥ à 40 / min entre 1 et 5 ans

- Rechercher des signes de lutte
- Rechercher une cyanose
- **Auscultation des poumons :**
  - râles sibilants parfois audibles à distance (wheezing)
  - râles sous crépitants fins inspiratoires diffus et / ou sibilants chez le nourrisson de moins de 6 mois.
- Rechercher les signes de gravité

La radiographie du thorax est indiquée uniquement dans les situations suivantes :

- Bronchiolite sévère
- Bronchiolite traînante au delà du 10<sup>ème</sup> jour.

- **CLASSER :**

- Bronchiolite légère : Score de Bierman et Pierson de 1 à 6 (sans signes de gravité)
- Bronchiolite modérée : Score de 7 à 9 (sans signes de gravité)
- Bronchiolite sévère : Score de 10 à 12

## SCHEMAS THERAPEUTIQUES DE LA BRONCHIOLITE AIGUE

### 1. BRONCHIOLITE LEGERE :

Score ≤ 7 (sans signes de gravité)

Dans la bronchiolite aiguë seuls sont indiqués les traitements symptomatiques : mesures de soutien, lutte contre la fièvre (toutes les autres médications sont inutiles).

En particulier les bronchodilatateurs et les corticoïdes ne sont pas indiqués.

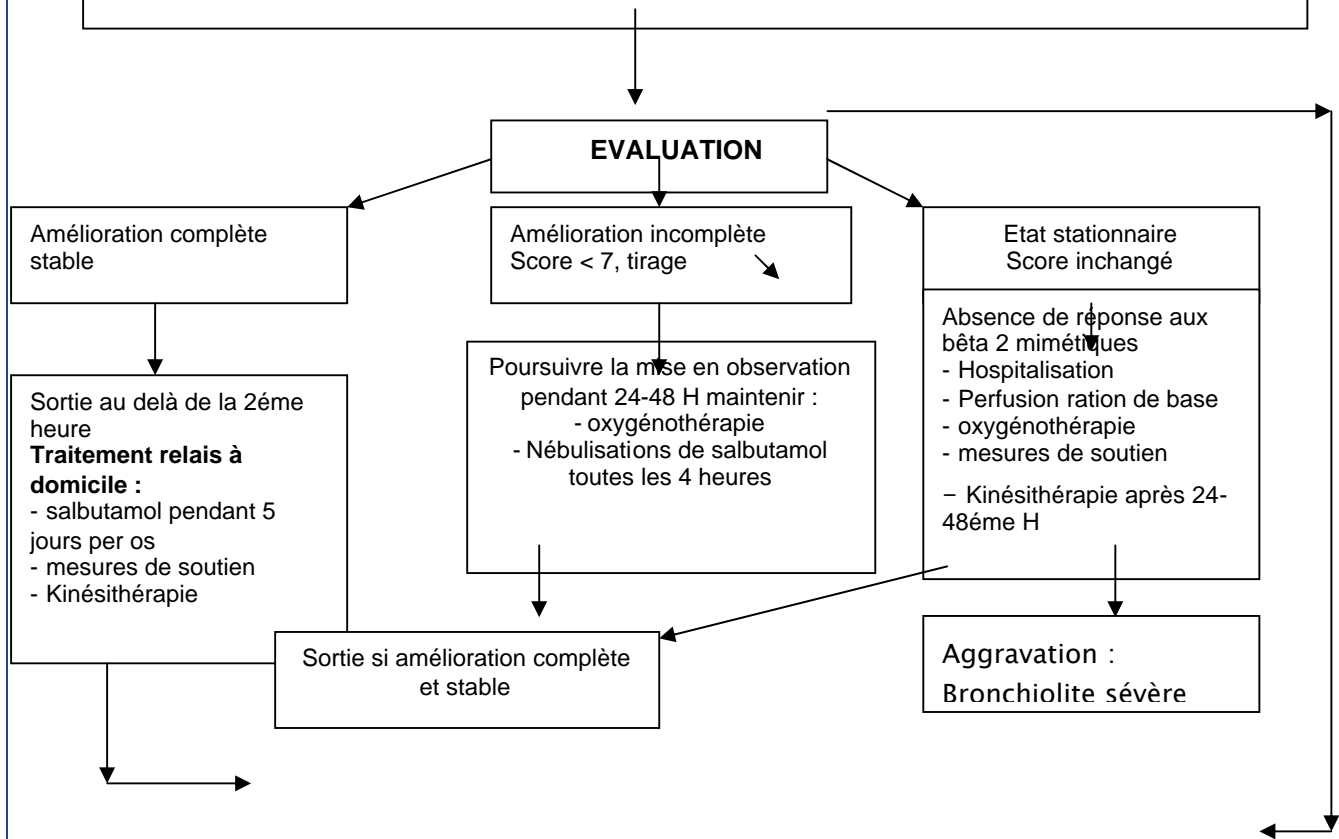
Les sirops contre la toux peuvent être nocifs en cas de bronchiolite aiguë et ne doivent pas être prescrits.

L'évolution est habituellement bénigne.

- Traitement à domicile
- Mesures de soutien :
  - désobstruction nasale
  - augmentation des boissons
- Lutte contre la fièvre
- Pas d'antibiotiques, Pas de corticoïdes, Pas de sirops contre la toux.
- Les Bêta 2 mimétiques sont INUTILES, la Kinésithérapie n'est pas indiquée
- Expliquer aux mères :
  - les mesures de soutien
  - les signes de gravité

**2. BRONCHIOLITE MODEREE :**  
**Score 7 à 9 (sans signes de gravité)**

- Mise en OBSERVATION (Hôpital de jour)
- Mesures de soutien : aspiration naso-pharyngée, lutte contre la fièvre
- Oxygénothérapie : O2 humidifié 3 L/min (canules nasales)
- Pas d'antibiotiques, Pas de corticoïdes
- ESSAI de 2 à 3 Nébulisations / 30 min d'intervalle de Salbutamol à 0,50% : 0,03 ml/Kg + 4 ml SSI (ou Terbutaline 0,04 ou 0,08ml / Kg + 4 ml SSI)  
 (ou 3 bouffées de salbutamol en spray toutes les 20 min pendant 1 heure avec chambre d'inhalation avec masque .  
 ou Terbutaline 7 à 10 microg/Kg en sous cutané 2 injections à 30 min d'intervalle).



**3. BRONCHIOLITE SEVERE :**  
**score 10 à 12 (sans signes de gravité)**

- Hospitalisation (avec Radio du thorax)
- Oxygène humidifié : 3L/min (canules nasales)
- ESSAI de 3 Nébulsations à 30 min d'intervalle Salbutamol à 0,5% :  
 0,03 ml/Kg + 4 ml SSI (ou Terbutaline 0,04 ou 0,08 ml/Kg + 4 ml SSI)  
 (ou 3 bouffées de salbutamol en spray toutes les 20 min pendant 1 heure avec chambre d'inhalation avec masque ou Terbutaline 7 à 10 microg/Kg en sous cutané 2 injections à 30 min d'intervalle)
- Perfusion d'une ration de base : 100 ml/Kg de S.G + électrolytes.
- Traitement corticoïdes par voie intraveineuse :  
 Hémissuccinate d'hydrocortisone (5mg /Kg/4H) ou Dexaméthasone (0,4mg/Kg/6H)
- Mesures de soutien : - aspiration naso-pharyngée, lutte contre la fièvre  
 - ne pas alimenter le premier jour.

**Evaluation après 3 nébulisations**

*Amélioration*  
 Maintenir le traitement  
 \* nébulisation de salbutamol ou de Terbutaline toutes les 4 H  
 \* corticoïdes IV toutes les 4-6 H

*Persistance des signes*  
 Poursuivre le traitement  
 \* nébulisation de salbutamol ou de Terbutaline toutes les 4 H  
 \* corticoïdes IV toutes les 4- 6 H

\* Retour au domicile après 48 H au moins après amélioration stable.  
 \* Traitement de relais :  
 - salbutamol : per os pendant 5 jours  
 - corticoïdes (voie orale, 5 jours)  
 Béthaméthasones 10gttes /Kg/j 1 prise le matin à jeun (arrêt sans dégression)  
 - Kinésithérapie

Traitement à poursuivre pendant 24 à 48 H

Amélioration  
 Evaluation toutes les 3 H

Aggravation  
 Signes de gravité

Réévaluation 24 – 48 H

Transfert en unité  
 De soins intensifs

Le transfert vers une unité de soins intensifs pour ventilation assistée éventuelle doit être envisagé devant la présence de : pauses ou irrégularité, respiratoires, disparition du murmure vésiculaire, torpeur, obnubilation, cyanose importante.

## 2.2. PNEUMONIES AIGUES :

### - DEFINIR :

Les pneumonies posent un problème de santé publique en Algérie et dans les pays en développement :

- morbidité importante : elles constituent une cause majeure d'hospitalisation (coût élevé de la prise en charge)
- c'est la principale cause de mortalité par IRA chez l'enfant de moins de 5 ans.

**Les agents infectieux** responsables sont des virus (40%) ou des bactéries (60%).

Mais les étiologies des pneumonies de l'enfant de moins de 5 ans sont dominées par les bactéries : surtout le pneumocoque, l'hémophilus influenzae et le staphylocoque auréus.

En pratique l'identification du germe en cause est le plus souvent difficilement obtenue. C'est pour cela que l'antibiothérapie est probabiliste guidée par les données épidémiologiques et par le tableau radio-clinique.

**En pratique** il n'y a pas d'éléments discriminatifs (clinique et radiologique) permettant de différencier la pneumonie virale de la pneumonie virale de la pneumonie bactérienne.

C'est pourquoi toute pneumonie chez l'enfant de moins de 5 ans doit être considérée comme bactérienne et traitée comme telle

La pneumonie peut s'exprimer par des tableaux cliniques différents :

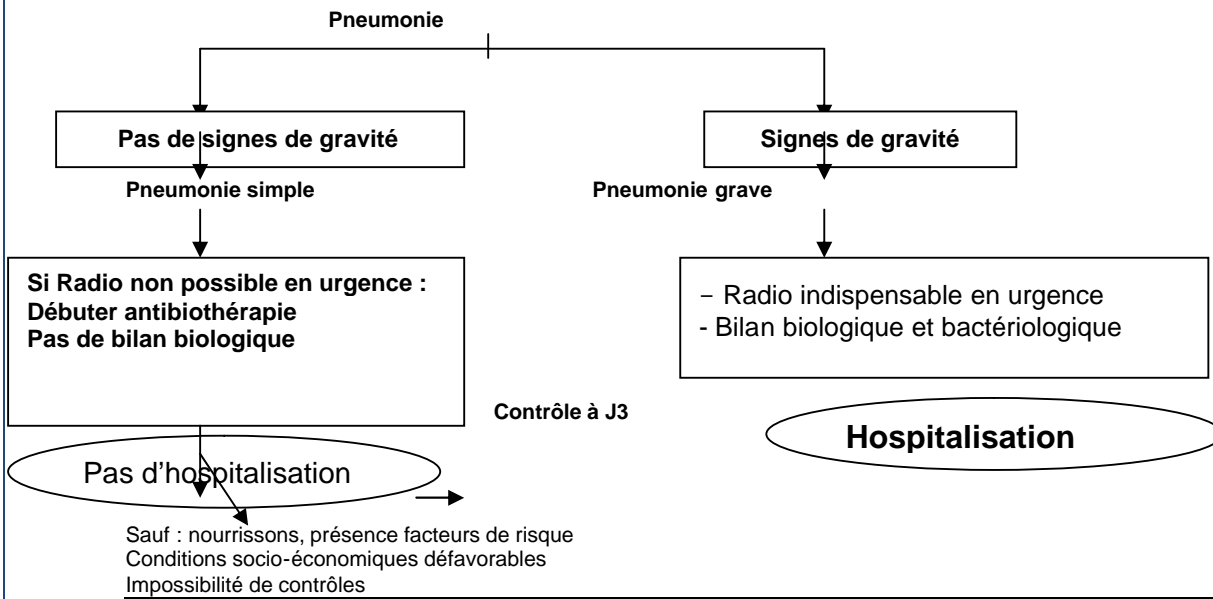
- **tableau habituel** : fièvre avec syndrome de condensation pulmonaire simple
- **soit formes compliquées de suppuration pleuro-pulmonaire** :
  - Pleurésie purulente
  - Staphylococcie pleuropulmonaire
  - Abscess du poumon

La toux avec fièvre et les difficultés à respirer sans sifflements sont des symptômes évocateurs de pneumonie chez l'enfant.

### EXAMINER :

- Apprécier l'état général : altéré ou non
- Fièvre
- Signes de lutte respiratoire : Polypnée, Tirage, marqué, sus et sous sternal, intercostal, battements des ailes du nez.
- Noter la coloration : cyanose ou non
- Signes physiques :  
Parfois pauvres. On peut retrouver :
  - un foyer de condensation : râles crépitants (ceux ci sont difficiles à retrouver chez les jeunes nourrissons,
  - signes en faveur d'un épanchement pleural liquidien (matité, diminution des vibrations vocales, diminution ou abolition de murmure vésiculaire) ou aérien (tympanisme).
  - rechercher un ballonnement abdominal
  - rechercher des signes de gravité (liés au terrain)

**TRAITER :**



**1. PNEUMONIE SIMPLE**

Fièvre, toux, polypnée modérée  
Sans signes de gravité, sans facteurs de risque

- Pas d'hospitalisation\*
- Expliquer à la mère : Mesures de soutien, Signes de gravité
- Pas de sirop contre la toux, Pas de mucolytiques

Amoxicilline : 100 mg/Kg /24 H Per os en 3 fois, 10 jours

- \* Age inférieur à 24 mois :
- Hospitalisation
  - Traitement par voie parentérale

Amélioration

Pas d'amélioration

Poursuite du traitement  
Durée totale : 10 jours

RADIO

Pas de signes de gravité  
Radio : pas de complications

Signes de gravité  
Radio : complications

Hospitalisation  
Pneumonie grave

Vérifier prise correcte du TRT  
Poursuite TRT : durée 10 jours  
Revoir avant si aggravation

**2. PNEUMONIE GRAVE :**

Présence de signes de gravité  
Présence de complication

**HOSPITALISATION :**  
- Mesures de soutien  
- Oxygénothérapie



**Clinique et Radio non en Faveur STAPHYLLO PI. Pulm. :**

Amoxicilline 150-200mg/kg/24H en .IV. EN 4 prises + Gentamicine 5mg/Kg/24H en I.M en 2 prises

*Durée TRT : 21 à 30 jours*  
(si Epanchement pleural : 45 jours)  
traitement parentéral 15 à 21 jours  
puis relais par amoxicilline 100mg/Kg/jours per os

**Clinique et Radio en Faveur Staphylo Pleuro.Pulm. :**

Radio : opacités+ bulles pyopneumothorax

Oxacilline : 200mg/KG/24 H en IV 4 prises + gentamicine 5 mg/Kg/24H en I.M 2 prises

Durée du traitement : 45 jours  
Traitement parentéral 21 jours puis relais per os par pristinamycine ou Cefuroxime ou céfalexine

✓ **Adaptation de l'antibiothérapie :**

Penser à une résistance si après 72 H d'antibiothérapie :

- persistance d'une fièvre élevée
- avec aggravation de la détresse respiratoire
- avec une altération de l'état général
- avec aggravation des signes radiologiques

**Dans ce cas l'antibiothérapie préconisée est :**

- en cas de signes cliniques et radiologiques non en faveur d'une staphylococcie pleuropulmonaire : Cefotaxime : 100 mg/Kg/24 H en I.V. en 4 prises.
- en cas de signes cliniques et radiologiques en faveur d'une staphylococcie pleuropulmonaire : Cefazoline : 100 mg/Kg/24 H en I.V en 4 prises

✓ **Critères d'arrêt du traitement :**

- apyrexie depuis une semaine au moins, examen clinique normal
  - F.N.S : pas d'hyper leucocytose
  - Bilan inflammatoire (V.S, CRP) : Normal
- Radiographie normale ou images radiologiques stabilisées

- ✓ **Remarque :** En cas de Pneumonie à mycoplasme pneumoniae :  
Erythromycine 50 mg/Kg/24 H pendant 15 jours

## LES MESURES DE SOUTIEN

➤ **Maintenir l'enfant dans de bonnes conditions thermiques**

- Eviter les écarts de température
- Couvrir légèrement l'enfant en cas de fièvre
- Langues humides sur le front, ventre et membres

➤ **Dégager le nez :**

- **Lavages fréquents des fosses nasales**

- au sérum physiologique à 9 % (ou à défaut préparer une solution « maison » à base de 2 à 3 cuillères à café de sel avec une cuillère à café de bicarbonate dans 1 litre d'eau bouillie).

- **Aspiration des sécrétions** avec une seringue ou un mouche bébé (mouchage volontaire chez l'enfant de plus de 3 ans).

➤ **Pas de sirop contre la toux**

➤ **Prévenir la malnutrition :**

- si l'enfant est au sein, poursuivre l'allaitement et augmenter la fréquence des tétées.  
- chez l'enfant plus grand maintenir une ration calorique suffisante.

➤ **Eviter la déshydratation :**

Par la prise supplémentaire de boissons (eau, tisane sucrée)

## MESURES SYMPTOMATIQUES CONTRE LA FIEVRE

### ❑ DONNEES GENERALES :

- \* Examiner soigneusement l'enfant pour retrouver l'étiologie de la fièvre
- \* Une fièvre isolée n'est pas une indication à l'utilisation des antibiotiques (sauf chez le nourrisson de moins de 2 mois et ce après la réalisation des examens complémentaires).
- \* Une élévation modérée de la température est à respecter (peut améliorer les moyens de défense de l'organisme contre l'infection).
- \* Une fièvre élevée (sup à 39° C) peut se compliquer de convulsions.

### ❑ TRAITEMENT : (indiqué si température > à 38 ° C)

#### 1- Paracétamol :

- Médicament le mieux toléré et le plus efficace pour lutter contre la fièvre
- posologie : 60mg/Kg/24H en 4 prises (15 mg/Kg/ 6H) par voie orale ou par voie rectale.

#### 2- Acide acétyle salicylique :

- 50 mg/Kg/24H en 4 prises orales (12mg/Kg/6H)
- par voie orale ou par voie rectale
  
- **En cas de nécessité prises alternées de paracétamol et d'aspirine: 1 prise d'un médicament toute les 3 heures.**
  
- **Toujours préférer la voie orale, la bio disponibilité de la voie rectale étant très variable**

#### 3- Autres mesures :

- Suppléments hydriques et habiller l'enfant légèrement.
- Maintenir une température correcte de la chambre (25°C)
- Moyens physiques : appliquer des langes mouillés au niveau de la racine des membres, des membres du front, du ventre (les bains à l'eau ou tiède sont inutiles).

## SIGNES DE GRAVITE AU COURS DES IRA DE L'ENFANT

Ce score est utilisé pour déterminer la gravité de la Détresse Respiratoire dans la bronchiolite aiguë et pour suivre l'évolution.

- Incapacité de boire ou de s'alimenter
- Geignement, Torpeur ou agitation
- Tirage important, Stridor au repos
- Cyanose
- Convulsions
- Déshydratation aiguë
- Vomissements
- Contexte étiologique particulier :
  - Cardiopathies congénitales
  - Malnutrition sévère
  - Rougeole
  - Rachitisme carenciel

## SCORE DE BIERMAN ET PIERSON

Score	Fréquence	Wheezing	Cyanose	Tirage
0	< 30/min	Absent	Absente	Absent
1	31 – 45/mn	Au sthéo en Fin expiration	Péribuccale Au cri	+ faible
2	46 – 60/mn	Au sthéo en Inspiration et expiration	Péribuccale Au repos	Important
3	> à 60/mn	Inspiratoire et expiratoire Sans sthéo	Généralisée Au repos	+++ intense

- Score entre 1 et 6 = Détresse légère
- Score entre 7 et 9 = Détresse modérée
- Score entre 10 et 12 Détresse sévère

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA POPULATION

N°935 / MSP / D. Pop / SD.SR / PF / 01

Alger le 05. 12. 2001

Mesdames et Messieurs les DSP des wilayas de

Adrar- Laghouat – Oum-El-Bouaghi – Bejaia – Biskra – Bechar – Tamanrasset – Tlemcen – Tiaret – Djelfa – Saida – Sidi-Bel-Abbes – Guelma – Médéa – Mostaganem – M'sila – Mascara – Ouargla – Oran – E-Bayadh – Illizi – Bordj Bou argeridj – El-taref – Tindouf – Tissemsilt – El-Oued – Khenchela – Mila – Naama – Ain-Témouchent – Ghardaïa – Relizane.

**OBJET / - Programme national de dépistage des cancers du col de l'utérus.**

Faisant suite à la rencontre nationale des DSP, tenue à Alger le 4 octobre 2001, et aux rencontres << est >> et << ouest >> organisées courant novembre dans le cadre de la déglobalisation de la politique de population, j'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint, le document de stratégie nationale en matière de dépistage des cancers du col, et porte à votre attention les éléments fondamentaux, visant à étendre progressivement son exécution. Le programme de dépistage a été lancé dans 16 Wilayas à travers la création d'un réseau périphérique instituant les activités de dépistage cytologique de première intention (screening) au niveau des unités de dépistage créées dans les unités de SR/PF.

La mise en œuvre des activités de dépistage a nécessité à la base la formation de screeners parmi des personnels prestataires et techniciens de laboratoire.

Dans le cadre d'une graduation des niveaux d'intervention du programme, les activités de dépistage primaires sont sous-tendues par un réseau de référence constitué par les services hospitaliers (histo – cyto – anatomopathologie). Ce réseau de référence exerce des activités de supervision et de contrôle de qualité et assure le diagnostic des lésions précurseurs, justiciables d'une prise en charge adéquate et conforme aux protocoles nationaux mis en vigueur dans le cadre de la stratégie nationale.

Pour rappel, la stratégie nationale cible spécifiquement le dépistage cytologique des lésions précurseur qui constituent des états pré néoplasiques, parfaitement curables.

L'année 2002, doit effectivement connaître une extension du programme au reste des wilayas des régions << ouest >>, << centre >> et << est >> du pays.

L'extension du programme doit se faire dans le cadre d'une couverture infrastructurelle appropriée impliquant notamment la mise en réseau au niveau des wilayas, des structures effectuant les prélèvements (consultation de SR/PF) ; les unités périphériques de cytodagnostic (screening) des services de pathologie ainsi que les services de gynécologie en charge du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique des lésions.

A l'effet d'assurer la mise en route du processus d'extension et d'en étudier la faisabilité au niveau des wilayas concernées par les phases ultérieures, dont la vôtre, je vous demande de bien vouloir me communiquer un état des lieux portant notamment sur :

Le recensement des structures de SR/ PF assurant actuellement les prélèvements cervico- vaginaux ;

Les services de pathologie, inclus ceux du secteur privé qui réalisent la lecture des frottis (frottis cervico-vaginal conventionnel selon le test de Papanicolaou),

Les circuits actuels utilisés pour la lecture des frottis ;

Services de pathologie au niveau local, y inclus le secteur privé.

Laboratoire national de contrôle de qualité de l'INSP ;

Autres services de pathologie des wilayas limitrophes.

Il vous est demandé également de me faire proposition de structures de SR/PF susceptibles dans la phase ultérieure, d'intégrer les activités de screening.

Ces structures doivent disposer de locaux suffisants. Trois salles sont en effet requises: une salle de prélèvement (la salle de consultation de SR/PF), une petite salle pour la coloration des lames et la troisième pour la lecture des lames.

Je vous demande également de me communiquer une liste de candidats à la formation en cytodagnostic parmi des prestataires (médecins, sages-femmes) ou personnels techniciens de laboratoire. Ces formations spécifiques au screening seront planifiées pour le premier semestre 2002

La présente note doit effectivement contribuer dans le cadre de son exécution au niveau local, à réunir les conditions requises à la bonne exécution de la stratégie nationale et à l'extension du programme au niveau de l'ensemble des wilayas. Je vous demande donc d'y accorder tout l'intérêt requis pour son application.

Le Ministre

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des wilayas de :  
Oran - Setif – Batna – Bouira – Boumerdes – Djelfa – Khenchela – Bechar – Ghardaia – Skikda – Annaba.

**Objet/- Programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus.**

L'évaluation de la phase de lancement du programme national de dépistage précoce du cancer du col «établie par la Direction de la population en charge du programme, a fait clairement ressortir un volume d'activité réduit voire nul dans un certain nombre de wilayas dont celle relevant de vos compétences. Ces performances faibles ont considérablement grevé les objectifs nationaux fixés en la matière aussi bien quantitatifs que qualitatifs.

Je vous rappelle que le programme vise à prévenir les formes cancéreuses graves qui affectent considérablement les indicateurs de santé des femmes, notamment jeunes, aux âges reproductifs. Ces résultats médiocres traduisent de toute évidence, le peu d'implication des autorités administratives que vous représentez, au plan de la gestion et de l'animation du programme au niveau de la wilaya.

Je vous rappelle en ce sens, les termes de références de la note qui vous a été adressée par la Direction de la Population, portant plan de relance des activités de dépistage pour laquelle il est à déplacer que les principales mesures n'ont pas encore connu d'application au niveau de votre wilaya.

En égard à l'importance de cette action de santé publique je vous demande de veiller à assurer la reprise des activités au niveau de votre wilaya en collaboration avec les Directeurs des secteurs sanitaires. Pour cela il s'agira de mettre en place le cadre stratégique et logistique requis pour la bonne exécution des activités à travers les mesures suivantes :

- La mise en conformité des locaux et l'affectation des moyens matériels manquants en particulier, l'achat de microscopes et de solvants sur marché local.
  - La mise en place des passerelles entre les services de base en charge des activités de screening et les services spécialisés pour ce qui est de la prise en charge des cas.
- Dans cet axe une attention particulière doit être accordée au circuit des lames et à la nécessaire coordination avec les laboratoires de référence identifiés au niveau national.
- Enfin l'intégration des activités de dépistage doit être rendue effective dans le système de soins de base et doit constituer une dimension qualitative nouvelle au niveau de la consultation de planification familiale.
- Ces activités doivent faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation continue conformément au support standard mis en vigueur au niveau national.

J'accorde un intérêt particulier à la bonne exécution de ces directives au niveau local ; lesquelles doivent être traduites en actions soutenues et concrètes et vous demande de me tenir régulièrement informé de l'état d'avancement de votre démarche.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA POPULATION

SOUS DIRECTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION  
PLANIFICATION

DEPISTAGE DES CANCERS DU COL DE L'UTERUS

STRATEGIE NATIONALE

SEPTEMBRE 2001

## I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

### II- ETAT DES LIEUX ET DESCRIPTIF

2-1 Etat des lieux

2-2 Descriptif du programme de dépistage des cancers du col

### III- ORGANISATION DU PROGRAMME DE DEPISTAGE

3-1 Objectifs du programme national

3-2 Cadre stratégique du programme

3-3 Caractéristiques de la population cible du programme

3-4 Axes stratégiques d'intervention

### IV- ACTIVITES DE DEPISTAGE A L'ECHELON PRIMAIRE

4-1 Information des patients

4-2 Réalisation du Frottis

4-3 Interprétation du Frottis

4-4 Contrôle de qualité

4-5 Système d'enregistrement des données des tests de dépistage

### V- DIRECTIVES TECHNIQUES

5-1 Les cytotechnologistes, les cytopathologiste et les pratique de laboratoire

5-2 Pratiques de dépistage

5-3 Terminologie utilisée dans les rapports

5-4 La colposcopie

### VI- VUE D'ENSEMBLE DES METHODES ET DES TRAITEMENTS DES NEOPLASIES INTRA-EPITHELIALES CERVICALES

6-1 Rôle du typage

6-2 Indications du traitement

### VII- PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE DES FROTTIS ANORMAUX

7- La prise en charge des lésions de haut grade

7- La prise en charge des lésions de bas grade et accus

7- La prise en charge des atypies glandulaires

TERMINOLOGIE

GLOSSAIRE

ANNEXES



## CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les cancers génitaux occupent la première place des affections malignes chez la femme.

En Algérie, le cancer du col se place en deuxième position après celui du sein. En outre, il est constaté un rajeunissement des tranches d'âge touchées, notamment aux âges de la reproduction.

Dans les pays développés, cette néoplasie est classée en 5<sup>ème</sup> position des causes de cancers féminins, dans l'ordre de fréquence après le cancer du sein, du colon, de l'estomac et du poumon.

Le cancer du col de l'utérus constitue ainsi un véritable problème de santé publique

Les répercussions de cette néoplasie sont lourdes au plan socio-économique et sanitaire. Les cancers du col sont le plus souvent vus à des stades avancés et impliquent de ce fait une prise en charge importante, très coûteuse et souvent inefficace ; les thérapies utilisées sont alors à visée palliative dans la plupart des cas. La couverture en ce type de soins spécialisés et de haut niveau, reste très insuffisante tant au niveau national que régional. De ce fait, l'accessibilité, pour les malades qui en requièrent les services, n'est pas toujours assurée et demeure donc aléatoire au regard des besoins.

Le dépistage des états pré-néoplasique du col (lésions précurseurs) revêt un intérêt majeur dans le cadre d'une action de santé publique.

Ce dépistage, par la réalisation du frottis de Papanicolao est simple, efficace, peu coûteux et permet une prévention efficace du col.

Les lésions précurseurs peuvent persister en l'état pendant une période longue (10 à 15 ans) d'où l'intérêt d'envisager un programme qui permette leur dépistage durant cette phase de latence. Cette phase constitue une opportunité réelle pour instituer les traitements appropriés, éradiquer les lésions précurseurs et assurer ainsi une guérison définitive.

Pour être rentables et assurer une réelle action de santé publique, les activités de dépistage doivent être pratiquées à grande échelle et toucher le plus grand nombre possible de femmes à risques. La fréquence et le rythme des frottis restent très discutés, selon les populations et l'importance des ressources pouvant être mobilisées dans ce cadre.

Il est à signaler que la santé des mères et des enfants a constitué un des axes stratégiques principaux de la politique nationale de santé durant les trois dernières décennies. Dans cet axe les indicateurs de mortalité maternelle et infantile, particulièrement alarmants ont constitué le moteur des programmes nationaux ciblant l'amélioration de la prise en charge de la santé reproductive, la planification familiale en raison des niveaux de natalité très élevés entre les années 60 et 80, la également constitue un des principaux d'intervention en matière

Aujourd'hui, le cancer du col étant associé à une morbidité et une mortalité importante, la prévention de cette pathologie est érigée en priorité dans les programmes d'une stratégie nationale impliquée ainsi les étapes suivantes :

Des protocoles standards hiérarchisés selon les niveaux de prise en charge et de suivi.

Un réseau comprenant des unités de base de cytodagnostic ; des laboratoires de référence au niveau national et régional ; des centres de traitement des états précancéreux, au niveau des services de gynécologie obstétrique.

Les unités périphériques de dépistage cytologique des lésions du col, sont situées au niveau des laboratoires des secteurs sanitaires et des centres de référence de planification familiale (CPF).

Ces unités sont placées sous la supervision et le contrôle des services spécialisés de pathologie (cytopathologie et anatomopathologie) érigés en services de référence. Ces services vont également assurer la confirmation histopathologique des lésions suspectes du col.

Dans le cadre de l'organisation de ce dépistage, le réseau de référence intègre des services de gynécologie obstétrique. Ces services seront mis à contribution au besoin, pour diagnostic clinique (colposcopique), ainsi que pour la prise en charge thérapeutique.

## II- PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE DES CANCERS DU COL : ETAT DES LIEUX ET DESCRIPTIF

### 2.1 ETAT DES LIEUX

Les activités de dépistage, par la réalisation des frottis, ont été inscrites dans la gamme des prestations des soins de base, dès les années 70, à travers le développement du programme national de protection maternelle et infantile.

Toutefois, il est à souligner que ces activités n'étant pas systématisées et ne faisant pas l'objet d'une évaluation standardisée au niveau national, leur impact, en tant qu'action de santé publique, n'a pu être mesuré.

Les activités de dépistage ont été menées sans qu'une organisation spécifique n'ait été établie. Les services spécialisés assurent une forme de dépistage opportuniste ou à la demande d'une clientèle quelque peu sélective.

Par ailleurs, les données des enquêtes nationales sur la santé maternelle et la fécondité, n'ont pas intégré le volet des cancers du col de l'utérus. On ne dispose ainsi d'aucune donnée nationale sur l'âge moyen au premier frottis et le nombre moyen de frottis par femme, tout comme il est très difficile d'estimer le pourcentage de la population féminine couverte par cette activité.

En l'état, les cancers du col de l'utérus concernent que le système de soins

Selon le registre du cancer de la wilaya d'Alger pour la période 1993 à 1995, l'incidence brute des carcinomes du col tout type pathologiques confondue, a été de 8,8 pour 100.000 femmes. Selon ces années, les tranches d'âge les plus touchées sont les femmes de plus de 42 ans (50 ans et plus) avec une incidence de 17.6/100.000 pour les femmes de 55 à 59 ans.

Les tranches d'âge cumulées de 50 à 69 ans enregistrent une incidence globale de 66/100.000. Pour le groupe d'âge suivant, les 70 ans à 75 ans, l'incidence est de 34/100

Tableau 1- Effectifs et incidences annuelles brutes (par tranches d'âge)

Tranches d'âges	Effectifs	Incidences %
0-4 Ans	-	-
5-9 Ans	-	-
10-14 Ans	-	-
15-19 Ans	01	0.3
20-24 Ans	01	0.3
25-29 Ans	01	0.5
30-34 Ans	09	5
35-39 Ans	14	9.7
40-44 Ans	38	32.8
45-49 Ans	38	35.5
50-54 Ans	25	25.3
55-59 Ans	33	44.7
60-64 Ans	37	74.3
65-69 Ans	10	25.9
70-74 Ans	10	33
75 et plus	14	30.6
Age Indéterminé	11	-
TOTAL	242	8.8

Source : registre des cancers de la wilaya d'Alger – INSP

\* - L'incidence brute pour l'année 1999 a été de 11, 05 pour 100.000.

#### Facteurs de risque et liens de causalité

A notre connaissance aucune étude épidémiologique rigoureuse n'a été menée au niveau national, concernant en particulier les facteurs de risque du cancer du col.

Les liens avec des facteurs de risque bien connus, tels que la précocité et la fréquence des rapports sexuels, les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le niveau socioéconomique, ne sont pas clairement établis au niveau national.

Les études cliniques tendent à appréhender ces facteurs certains travaux de recherche clinique effectués au niveau de service socialisés (gynécologie obstétrique de pathologie, oncologie, radiothérapie) ciblent spécifiquement ce volet.

Il est actuellement admis que le dépistage cytologique du cancer du col utérin, par les frottis réduit la mortalité à ce cancer.

Ces considérations sont le fondamental de la mise en place d'un programme organisé, d'envergure nationale, en matière de prévention du cancer du col de l'utérus.

#### 2-2 DESCRIPTION DU PROGRAMME DE DEPISTAGE DES CANCERS DU COL

Le programme de dépistage du col figure désormais, et pour les dix années à venir, parmi les priorités nationales en soins de santé reproductive. Les activités de dépistage doivent désormais faire partie intégrante, sur le plan organisationnel et fonctionnel, des prestations de santé de la reproduction, incluant la planification familiale.

La mise en œuvre de ce programme ainsi que son développement impliquent les différents niveaux du système national de santé, aussi bien l'échelon périphérique que les services hospitaliers des secteurs sanitaires et des CHU.

En vue de son lancement, ce programme a bénéficié d'un rapport appréciable, dans le cadre de la coopération (FNUAP-OMS) ciblant le renforcement des soins de santé reproductive. L'apport du FNUAP a concentré un équipement standard de base et des produits consommables pour la réalisation du diagnostic (FCV) et l'action thérapeutique (par la fourniture de trois anses diathermiques). Cet axe de la coopération a notamment soutenu cette première phase du programme, dans la création des unités périphériques et la mise en place du screening. Actuellement 76 unités de dépistage ont été créées.

Ces unités sont essentiellement réparties au niveau des régions sanitaires, Centre et Est du pays. Il est prévu dans une seconde phase, l'extension du cadre organisationnel du programme à d'autres régions sanitaires (Ouest et Sud du pays).

Il est à souligner à ce titre que unités périphériques sont localisées essentiellement au niveau des structures de santé de la reproduction (centre de planification familiale de référence- CPF, maternité et polycliniques), l'objectif compté étant normalisation et le renforcement de la consultation de planification familiale et de soins de santé reproductive, par l'intégration de cette activité.

La seconde phase devrait par ailleurs connaître la mise en œuvre de la stratégie nationale et figurer parmi les priorités en matière de coopération avec le fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) dans le cadre du prochain programme global de coopération (2002-2006)

#### \* Formation

L'implantation des unités de dépistage a nécessité la formation au screening des personnels prestataires et a également cité le personnel cyto-technicien de certains services de pathologie de supervision et ce, en vue de la création d'unités spécifiques « pathologie du col » a ce niveau.

Dans cette première phase au total 57 personnes ont été formées dont 2 pathologistes, 13 médecins généralistes, 10 biologistes, 10 sages-femmes et 22 techniciens supérieurs, recrutés à partir de neuf (09) secteurs sanitaires et de quatre (04) centres hospitalo-universitaires (CHU d'Alger).

Le volet « renforcement des capacités » à travers la formation, a également ciblé le pôle de référence par une formation en colposcopie de 6 gynécologue-obstétriciens de secteurs sanitaires ; neuf services du pôle clinique de référence ont été dotés en colposcopies et trois d'entre eux ont bénéficié d'un équipement électrochirurgical (anses diathermiques).

De plus, deux séminaires de perfectionnement de formateurs (pathologistes cytologistes, gynécologue) regroupant une soixantaine de formateurs se sont déroulés à Annaba et à Alger sous l'égide de L'INSP.

#### III- ORGANISATION DU PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE

La mise en œuvre du programme national des cancers du col s'appuie au plan structurel et stratégique sur deux principaux niveaux d'intervention :

Le niveau périphérique comportant les unités de diagnostic cytologique de première intention. Ces unités constituent le réseau périphérique chargé des activités de screening.

Le niveau hospitalier de l'échelon 2 et 3 du système national de santé, intégrant les services de pathologie (anatomopathologie et cytologie) et les services de gynécologie-obstétrique. Ces services constituent ainsi le réseau de référence.

Ce pôle est appelé dans le cadre de la stratégie nationale, à pour fournir les prestations liées au :

Diagnostic cytopathologique

Diagnostic clinique et coloscopique.

Ces services assureront également :

Le contrôle de qualité interne et externe ;

La prise en charge thérapeutique selon les protocoles standardisés au niveau national.

Les directives techniques concernant :

Les normes de pratique en cytopathologie et en clinique ;

Le contrôle de qualité ;

Le suivi et la prise en charge des patients

L'évaluation des activités de dépistage au niveau périphérique (screening) sera systématisée, selon des supports d'évaluation standard mis en vigueur au niveau national.

Les statistiques des services de supervision /référence des niveaux 2 et 3, seront établies et feront l'objet, par les services concernés, d'une évaluation régulière dans le cadre du suivi national du programme de dépistage des cancers du col.

### **3-1 OBJECTIFS DU PROGRAMME NATIONAL**

L'objectif global du programme est de contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé de la reproduction, par la réduction sensible de la mortalité féminine liée aux cancers du col et à l'incidence des formes infiltrantes.

Les objectifs intermédiaires sont (d)

Evaluer l'ampleur du problème chez les femmes aux âges de la reproduction, à travers l'estimation de l'incidence annuelle des lésions précurseurs et des cancers du col utérin.

Etablir le profil épidémiologique des états néoplasiques à travers les caractéristiques socio-économiques des patients, l'âge de survenue, les facteurs de risque.

Reclasser et établir la fréquence relative des différents types de lésions précancéreuses du col utérin selon les systèmes de classification admis (Bethesda).

Evaluer :

\* A moyen terme :

L'efficacité du programme de dépistage tant au plan de l'organisation et des mécanismes de suivi ;

Les protocoles cliniques et thérapeutiques mis en œuvre.

\* A long terme :

L'impact du programme de dépistage sur l'incidence du cancer du col ;

La mortalité cancéreuse.

### **3-2 CADRE STRATEGIQUE DU PROGRAMME**

Le niveau national est représenté par :

La Direction de la Population, Sous Direction de la santé de la reproduction et de la planification familiale (SR/PF), du Ministère de la Santé et de la Population .Outre ses missions principales liées à la promotion des soins de santé génésique, cette structure centrale est explicitement chargée de la coordination du programme ainsi que de son suivi et son évaluation.

L'institut National de la Santé Publique (INSP) : il constitue au niveau national, un centre d'appui et d'expertise en matière de programme et de politique sanitaire, et abrite, pour ce qui est de la cytologie du col, le laboratoire national du contrôle de qualité. Cet institut tient également le registre des cancers pour la région du centre. L'INSP est en charge des actions de formation continue en cytodiagnostics et en coloscopie et ce avec la collaboration d'un pool d'enseignants de rang magistral des spécialités concernées par le programme (pathologistes, cytologistes et cliniciens).

Le comité scientifique et technique des cancers du col : ce comité est composé d'un panel pluridisciplinaire constitué de pathologistes, cytologistes, de gynécologues et d'un oncologue. L'INSP y est représenté par son Directeur Général et le personnel cytologiste du laboratoire de référence.

Le comité technique assiste la Direction de la population et contribue dans le cadre de son mandat à :

La formation et le perfectionnement dans le domaine ;

La normalisation des prestations de dépistage ;

L'élaboration des directives techniques et protocoles de prise en charge et de suivi ;

La mise en place d'un système d'information sanitaire en matière de cancer du col.

La mise en place d'un système d'évaluation des activités de dépistage.

Le pôle de supervision/référence : des services de pathologie, cytologie et de gynécologie-obstétrique ont été identifiés pour :

Constituer un réseau de référence en relation avec les unités de base ;

Superviser les activités de dépistage ;

Dynamiser les activités de cytodiagnostics ;

Prendre en charge la formation continue ;

Systématiser le contrôle de qualité ;

Evaluer les activités.

Plus globalement les services de référence constituent le cadre stratégique d'intervention majeur du programme national et assurent, au plan diagnostique et thérapeutique, la prise en charge des patientes présentant des frottis « anormaux ». Cette prise en charge se fera en conformité avec les protocoles adoptés au niveau national.

### **3-3 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CIBLE DU PROGRAMME**

#### **Indicateurs Démographiques**

Population total : 30.61 millions au 01-01-01

Taux d'accroissement naturel : 1.43% en 2000

Femmes en âge de procéder : 8.300.000 qu 01-01-01

Femmes mariées en âge de procéder : 3.943.341 au 01-01-01 dont 2.827.953 âgées de 30 ans et plus.

Indice synthétique de fécondité (ISF) : 2.6 enfants par femmes

Taux de prévalence de la contraception moderne : 50,1% des femmes mariées en âge de reproduction – EDG 2000.

Comme précédemment explicité, l'intégration du programme de dépistage des lésions précurseurs du cancer du col, en particulier au niveau du système de soins de santé primaire, devrait contribuer au renforcement des soins de santé reproductive. La santé de la reproduction constitue dans le cadre de la politique nationale de population, le cadre stratégique de promotion de la planification familiale.

De ce fait, les activités de dépistage seront intégrées aux prestations de santé de la reproduction/planification familiale et cibleront les femmes à risque fréquentant ces services. En 2000, la proportion des femmes ayant fréquenté les services publics a été estimée à 1.840.581. Soit de 50% de l'ensemble national des femmes mariées aux âges de la reproduction; cette dernière catégorie pouvant être considérée comme la population générale du programme national (population de référence).

**\* Groupe cible du Programme**

Dans un premier temps le groupe cible du programme est assimilé aux femmes fréquentant les services de SR/PF (CPF, maternités hospitalières et services périphérique de planification familiale) dans les zones géographiques disposant de la couverture sanitaire pour le dépistage des cancers du col. En effet, les moyens matériels actuels ainsi que les compétences humaines (en screeners, Cytophathologistes et Colposcopistes) restent relativement limitées. Comme précédemment signalé, la première formation de screeners a intéressé les régions sanitaires EST et Centre du Pays.

\* Dans un second temps, ce programme devra être étendu à l'ensemble du territoire national.

Tableau 2 : Répartition des contraceptrices par tranche d'âge (données nationales en % - EDG 2000).

Groupe d'âge	Méthodes modernes	Méthodes Naturelles	Ensemble
15-19 ans	41.4	13.8	57.6
20-24 ans	45.5	15	60.5
25-29 ans	53.2	16.2	69.3
30-34 ans	57.8	14.9	72.8
35-39 ans	55.3	15.8	71.2
40-44 ans	49.9	12.5	62.3
45-49 ans	30.5	8.1	38.6
Total	50.1	13.9	64

**\* Objectifs quantitatifs**

Il est retenu de toucher au niveau des deux régions sanitaires concernées par cette phase de lancement du programme (Est et Centre).

1/4 du groupe cible à la première année.

1/3 du programme cible la deuxième année.

50% du groupe cible la troisième année.

Les objectifs quantitatifs fixés sont ainsi estimés à 100.000 frottis à la première année.

**\* Age au premier frottis et rythme des frottis**

De façon générale, l'âge au premier frottis ainsi que la fréquence des frottis restent sujets à controverse selon les pays et selon les ressources. Il est admis que le premier facteur de risque est l'absence de tout frottis ou un intervalle supérieur à 5 ans pour le dernier frottis.

Des études, tenant compte de l'histoire naturelle de la maladie ont clairement établi que des frottis trop fréquents, espacés d'un an sont trop coûteux et réduisent considérablement l'efficacité du dépistage et donc l'efficacité du programme. De même, il est plus utile de tendre à assurer une couverture plus large des femmes en adoptant des rythmes plus longs, plutôt que des intervalles plus rapprochés pour des franges plus réduites de population.

Par ailleurs, en vue de rationaliser les ressources et moyens, tenant compte des phases de « latence » longues des lésions précurseurs, il est judicieux de « repousser » l'âge au premier frottis et d'espacer les frottis (voir tableau 3,4 et 5 ci-dessous).

Tableau 3 : Réduction de l'incidence des lésions selon l'âge au premier examen et la fréquence du frottis.

Age au premier examen	Fréquence du dépistage	Réduction de L'incidence cumulée	Nombre d'examens
20 ans	5 ans	84	9
25 ans	5 ans	84	8
35 ans	5 ans	77	6
20 jusqu'à 39ans	2 ans	52	10

Source : OMS programme de dépistage du cancer du col A.B. Miller

Tableau 4 : Réduction de l'incidence cumulée du cancer invasif du col dans le groupe d'âge 35-64 ans, pour fréquences de dépistage.

Fréquence de dépistage	Réduction de l'incidence Cumulée en %	Nombre d'examen
1 an	93	
2 ans	93	
3 ans	91	
5 ans	84	6
10 ans	64	3

Source : OMS 1986

Tableau 5 : réduction de l'incidence cumulée du cancer invasif du col dans le groupe d'âge 35-64 ans pour différentes proportions de la population dépistées et différentes fréquences de dépistage.

Fréquence du dépistage	Proportion dépistée	Réduction de l'incidence Cumulée en %	Nombre d'exams
1 an	20%	6	6
2 ans	30%	28	4.5
3 ans	40%	37	4
5 ans	50%	42	3
10 ans	80%	51	2.4

Partant de ces constatations, il est retenu de cibler pour le dépistage, les femmes âgées de 30 ans révolus et de se conformer au rythme suivant :

1<sup>er</sup> frottis : à 30 ans

2<sup>ème</sup> frottis : 1 an après

3<sup>ème</sup> frottis : 5 ans après si le 2<sup>ème</sup> frottis est normal ; si anomalie, se conformer au protocole de prise en charge des frottis anormaux (voir annexe).

Il est bien entendu que ce programme n'exclut pas le dépistage individuel à la demande (Voir annexe).

### 3-4 AXES STRATEGIQUES D'INTERVENTION

Ces axes concernant

\* La mise en place et l'organisation d'activités de diagnostic cytologique (screening) à l'échelon primaire à travers l'implantation d'unités de dépistage.

Le frottis de Papanicolaou sera systématisé, dans le cadre de la consultation de planification familiale. Un premier frottis normal au moment de l'entrée dans le programme, sera systématiquement suivi d'un deuxième frottis à un an d'intervalle et ce, en vue de réduire l'incidence des faux négatifs.

\* La prise en charge et le suivi des frottis « anormaux » au niveau de l'échelon 2 et 3 du système de soins selon les protocoles nationaux mis en vigueur et développés ci-après.

\* Le renforcement des capacités des services de référence (de pathologie et de gynécologie) en matière de diagnostic et de traitement.

\* L'institution d'un système de contrôle de qualité notamment au niveau interne.

\* La mise en place d'un système de collecte des données et d'évaluation continue des activités de dépistage.

La mise en place de directives et procédures techniques pour le recrutement et le suivi, notamment

Un système de rappel des patients pour tout frottis devant être répété ou refait selon les normes en vigueur.

\* La mise en place du contrôle de qualité et des différents mécanismes de suivi, de prise en charge avec une interrelation quasi-permanente entre l'intervenant du réseau périphérique, en charge du screening et les services de référence. Une coordination sera assurée par la direction centrale (Direction de la Population) en charge du programme national, avec la collaboration de l'INSP.

## IV- ACTIVITES DE DEPISTAGE A L'ECHELON PRIMAIRE

### 4-1 INFORMATION DES PATIENTS

Le praticien (médecin, sage femme) chargé d'effectuer le frottis de dépistage doit développer les actions d'information et de communication en direction des femmes concernées en vue d'assurer leur entière participation.

L'implication de la patiente doit contribuer à terme à réduire la proportion des femmes perdues de vues et par la même, à améliorer les capacités du système de suivi. L'information de la femme doit être complète sans pour autant susciter d'inquiétude. L'accent étant mis sur l'aspect strictement préventif de la démarche.

Les conditions préalables, nécessaires à la qualité du frottis (explicitées ci-après) et impliquant tout particulièrement la femme doivent lui être communiquées et expliquées.

### 4-2 REALISATION DU FROTTIS

1) Les conditions du prélèvement

a) - Certaines conditions sont à respecter, le frottis doit être réalisé.

Avant toute application sur le col

En dehors des périodes de menstruation

En dehors d'épisodes infectieux (cervicite)

La patiente doit éviter 48 heures avant le prélèvement, les injections vaginales, les rapports sexuels, la toilette intime, l'usage de lubrifiants.

b) - Une des exigences de la qualité du prélèvement est de la réaliser au niveau de la zone de transformation.

### 2) Moyens indispensables au prélèvement

Pour la réalisation du frottis, il faut avoir à portée de main :

Des lames (deux par patiente)

Un porte-lame

Une fiche de renseignements

Des spatules d'Ayre

Des cyto-brush

Une ou deux bombes de spray. Si ce produit n'est pas disponible on peut utiliser une bombe de fixateur (laque) pour cheveux normaux.

Crayon diamant pour étiquetage des lames préparées à l'avance.

Chaque lame doit être gravée avec les initiales de la patiente.

### 3) Principes du geste

a) Examen clinique (examen des seins et examen gynécologique).

Situé au fond du vagin, le col utérin est mis en évidence par la pose d'un spéculum non lubrifié, représentant le geste indispensable de l'examen gynécologique, sur une table d'examen et avec un bon éclairage.

La patiente est installée en position gynécologique, les fesses au ras-du bord de la table d'examen. A l'aide du pouce et de l'index d'une main, on écarte les grandes lèvres vulvaires ;

Le spéculum non lubrifié est introduit (valves verticales et fermées) et en arrière, en prenant appui sur la face vaginale postérieure ;

Lorsque le spéculum est introduit à mi-valve, il est tourné à l'horizontale ;

On peut commencer à ouvrir les valves pour visualiser le col ;

Dès que le col est aperçu, on achève l'introduction en augmentant progressivement l'ouverture des valves qui vont se placer dans les culs-de-sac vaginaux, antérieurs et postérieurs.

Ce prélèvement reste utile chez les femmes ménopausées, sous traitement substitutif, pour évaluer le degré d'imprégnation hormonale, en fonction de la maturation de l'épithélium.

Avant de prélever, on ôtera délicatement les sécrétions cervicales (si elles sont abondantes) à l'aide d'un coton monté sur une pince.

Pour rappel le col utérin comporte trois zones de prélèvement :

L'exocol (recouvert par l'épithélium malpighien).

La zone de jonction exocol-endocol ou zone de transformation (recouverte par l'épithélium métaplasique) ;

L'endocol (recouvert par l'épithélium cylindrique).

Le prélèvement endocervical permet de dépister les lésions de l'épithélium glandulaire (Néoplasies glandulaires intra-épithéliales ou invasives) et les lésions malpighiennes hautes, situées dans l'endocol (surtout chez les patientes ménopausées.

b) La technique de prélèvement

Le prélèvement se fait en deux temps comme décrit ci-après :

\* Prélever l'exocol

La brosse endocervical (cyto-brush) reste le meilleur outil de prélèvement de la zone de jonction.

Dans ce cas, la rotation ne doit être que de 90°. Il faut donc avertir la patiente que ce geste peut être désagréable et qu'il y a un risque de petits saignements.

Pour utiliser la spatule d'Ayre, l'appliquer sur l'exocol, incluant la gestion squamo-cylindrique, et gratter la surface en effectuant une rotation de 90° tout en maintenant un contact avec le col. On balaiera toujours dans le même sens.

La coexistence sur le frottis de cellules malpighiennes, de cellules cylindriques et / ou de cellules métaplasiques, attestera que la jonction a bien été prélevée.

Le prélèvement doit être étalé uniformément sur une lame et fixé immédiatement avec le spray conventionnel, situé à 20-25 cm de la lame, pour éviter la dispersion des cellules.

\* Prélever l'endocol

A l'aide d'un écouvillon en coton humecté de sérum physiologique, on peut avoir accès à l'endocol jusqu'à 1 cm de profondeur environ.

\* La fiche de renseignements (modèle en annexe)

Obligatoirement jointe aux prélèvements, la fiche de renseignements comportera les éléments nécessaires à l'identification de la patiente (nom, prénoms, âge, adresse si possible correctement écrite..) la date des dernières règles, les antécédents gynécologiques récents ou anciens (conisation, résection, laser, hystérectomie) les traitements en cours (Contraception orale et la nature du contraceptif DIU et son type, traitement substitutif et son type.) Les références des derniers examens si la patiente est déjà suivie.

4) Moyens indispensables au laboratoire.

Microscope binoculaire

Microscope avec co-observation (multi-tête)

Tabouret avec dossier

Réactifs

Lames et lamelles.

Les lames doivent être gravées avec un numéro d'ordre sur chaque lame. Elles doivent être également enregistrées, colorées par la technique de Papanicolaou (fiche en annexe), recouvertes d'une lamelle et enfin examinées au microscope. Après lecture, les lames sont archivées et doivent être conservées durant 10 ans.

#### 5) La qualité du prélèvement.

Une interprétation difficile ou impossible peut résulter des faits suivants :

Un mauvais étalement : épais, acellulaire ou paucicellulaire ;

Une mauvaise fixation ;

Une réaction inflammatoire importante

Une cytolysse importante ;

Un prélèvement hémorragique ou nécrotique

Le prélèvement sera fait :

2 mois après désinfection gynécologique si le frottis est inflammatoire

10 jours après traitement estrogénique, en cas de carence hormonale chez la femme ménopausée.

#### 4-3 INTERPRÉTATION DU FROTTIS

(Fiche en annexe)

Si la présence de cellules endocervicales n'améliore pas forcément la fiabilité et le taux de détection des lésions dysplasiques comme cela avait été suggéré, elle peut être le témoin d'un prélèvement qui a bien intéressé l'endocol.

La présence de cellules métaplasiques et de mucus signifie que le prélèvement a été fait au niveau et / ou autour de la jonction squamo-cylindrique.

Le pathologiste n'impose pas dans ce cas de refaire un prélèvement. C'est le clinicien qui prendra cette décision en fonction de l'âge de la patiente, de ses antécédents et de la localisation de la zone de jonction.

##### a) Frottis normal

Le frottis peut être considéré comme « normal » s'il est clairement dit dans la conclusion qu'il n'existe pas de cellule dysplasique ou carcinomateuse ou qu'il n'existe pas de modifications bénignes réactionnelles.

b) Les modifications bénignes, réactionnelles

Il est à citer dans ce cadre :

Les infections spécifiques et non spécifiques ;

Les remaniements métaplasiques (différents degrés de maturation).

Les parakératoses et hyperkératoses ;

Les dystrophies ;



Les altérations cellulaires dues au stérilet

Les altérations post-radiques.

Ces modifications bénignes, réactionnelles, ne sont pas nature précancéreuses : elles n'imposent pas de faire obligatoirement une colposcopie.

#### **c) Frottis anormal**

Le résultat d'un frottis doit être considéré comme anormal à partir du moment où dans la conclusion, sont signalées des anomalies de signification indéterminée, de lésions précurseurs ou cancéreuses.

Le cytotechnicien est habilité à établir un compte rendu des frottis normaux sous la responsabilité du pathologiste, conformément à l'organisation et la hiérarchisation mises en vigueur dans le cadre du programme national de dépistage.

En présence d'anomalies indéterminées ou de lésions précurseurs, les frottis doivent être obligatoirement adressés au laboratoire du service de pathologie de référence, chargé de supervision et du contrôle de qualité.

Pour réduire les marges d'erreurs de faux négatifs et de faux positifs, un contrôle de qualité sera effectué par les laboratoires de référence au niveau des unités de cytodagnostic.

#### **4- CONTROLE DE QUALITE**

##### **1- Contrôle interne**

Il est nécessaire que les Sscreeners et les cytopathologistes pratiquent 'auto-contrôle au sein de leur propre structure.

C'est le meilleur moyen de diminuer le nombre de faux négatifs par :

Double lecture de frottis normaux ;

Relecture des frottis antérieurement normaux lorsque le frottis suivant est anormal ;

Relecture des frottis anormaux non confirmés par l'histologie ;

Relecture du frottis antérieur lorsque la biopsie est positive.

##### **2- Contrôle externe**

Relecture au hasard de 10% des frottis négatifs par le laboratoire superviseur ;

Evaluation permanente du travail de l'équipe ;

Formation continue des screeners et des cytopathologistes ;

Organisation inter-laboratoires de cyto-séminaires ;

Participations à des journées scientifiques ;

Le contrôle de qualité amélioré la fiabilité du cytodagnostic et contribue notablement à l'amélioration de la qualité des services, dispensés par les unités chargées du screening.

#### **4-5 SYSTEME D'ENREGISTREMENT DES DONNEES DES TESTS DE DEPISTAGE**

Un système d'enregistrement des activités de dépistage au niveau des unités de cytopathologie doit être institué. Ce système doit être individualisé et différencié du système d'évaluation classique des activités de planification. Ce système doit comporter :

La tenue d'un registre, comportant tous les paramètres prévalant à la réalisation des frottis ; les résultats des frottis, les caractéristiques des patientes (âge, contexte clinique)

Un fichier programme (sur les douze mois de l'année) comportant l'enregistrement des dossiers médicaux individuels des consultantes ; le compte rendu cytodagnostic, joint au dossier individuel. Ce fichier programme doit permettre le suivi des femmes notamment en cas de contrôle, de renouvellement du frottis ou de rappel pour celles qui ne se représentent pas aux dates d'examen prévues. Les frottis en «instance» de confirmation pathologique, référés au plus haut niveau (service de pathologie de référence) seront également mis en évidence, au niveau de ce fichier.

Un système d'archivage et de classification des dossiers médicaux permettant la différenciation des frottis « définitivement anormaux » et imposant un rythme de frottis plus espacés, selon le protocole national en vigueur.

Tous les frottis présentant un type d'anomalie de nature à justifier une prise en charge à l'échelon supérieur, en conformité avec les protocoles nationaux, seront répertoriés dans un registre distinct, complété par des indications sur le suivi, la prise en charge et le résultat final du traitement.

A moyen terme un système d'enregistrement informatisé est à envisager, avec une mise en réseau des intervenants aux différents échelons.

## V – DIRECTIVES TECHNIQUES

### 5-1 LES CYTOTECHNOLOGISTES, LES CYTOPATHOLOGISTES ET LES PRATIQUES DE LABORATOIRE.

Les directives techniques concernant la pratique et l'assurance de qualité en cytopathologie concernent les aspects suivants :

- La formation de base, la formation continue et le maintien de la compétence des cytotechnologistes et des cytopathologistes ;
- Les installations et le matériel ;
- Le processus de réception, de préparation de coloration des spécimens cytologique ;
- Les pratiques internes et externes en matière de contrôle de la qualité ;
- Les pratiques en matière de dépistage et de diagnostic ;
- Les indicateurs de rendement ;

Les indicateurs de rendement concernent

Les taux de corrélation cyto-histologique pour chaque garde de lésion malpighiacée intra-épithéliale et pour les carcinomes, mesurés par rapport aux pièces opératoires de contrôle ou aux cliniques ;

La fraction de taux négatifs (FTN) du laboratoire. Par fraction de faux négatifs, on entend la fraction des frottis réellement anormaux qui donnent un résultat normal (sensibilité). La définition de la fraction des faux négatifs est complexe. La définition de la FTN. Quand elle est standardisée à l'échelle nationale permet les comparaisons entre les laboratoires. La FTN peut varier d'un laboratoire à l'autre, selon la population desservie.

Le taux de frottis satisfaisants, mais limités et insatisfaisants

Le nombre total et le taux d'anomalies gynécologiques et les différentes catégories diagnostiques du laboratoire :

Le délai d'exécution, entre le jour de la réception du frottis au laboratoire et celui du rapport final, ne doit pas excéder un mois.

### 5-2 PRATIQUES DE DEPISTAGE

La charge de travail totale des cyto techniciens ne doit pas être supérieure à 20 lames, par journée de travail de six à huit heures, pour un cyto technicien préposé au dépistage à plein temps.

### 5-3 TERMINOLOGIE UTILISEE DANS LES RAPPORTS

Il sera utilisé le système Bethesda (TBS) en corrélation avec les classifications antérieures de Richart (CIN) et le système de dysplasiers de l'OMS (of. Fiche en annexe). Cette terminologie, utilisée dans les rapports d'histologie des biopsies du col utérin, devra faciliter l'établissement de corrélations cytologiques.

Les lignes directrices particulières suivantes doivent être incluses :

L'existence d'une corrélation entre le diagnostic posé au moyen du frottis, et la biopsie cervicale de suivi.

Lorsque qu'une biopsie du col (faisant suite à un frottis étiqueté comme lésion précancéreuse) est négative la conduite pratique est de :

Multiplier les coupes ;

Réexaminer le frottis initial ;

Réévaluer l'ensemble des frottis et biopsie ;

Le screener doit se rapprocher du service de supervision/référence devant tout frottis difficile à interpréter. De plus, tous les intervenants doivent s'imprégner des concepts, définition et terminologie de Bethesda.

### 5-4 LA COLPOSCOPIE

La colposcopie est un examen qui fait intervenir l'habileté et l'expérience du clinicien chargé de la pratiquer. Cet examen vise à évaluer les patientes présentant les résultats cytologiques anormaux.

La colposcopie est utilisée pour l'exploration vaginale, vulvaire et péri-anales, ainsi que des anomalies cervicales.

La colposcopie doit être pratiquée en milieu hospitalier ou dans une clinique autorisée.

Le colposcopiste doit posséder des connaissances en cytologie et en histopathologie, tout comme il doit être au fait de l'évolution naturelle des états préneoplastiques et néoplasiques du tractus génital féminin.

Le colposcopiste doit pouvoir reconnaître une apparence colposcopique d'un col normal, tout comme il doit pouvoir distinguer les lésions de bas grade, histologiques, de celles de haut grade, et ce, en vue d'éviter tout excès ou à l'inverse un défaut de traitement des lésions existantes.

Le colposcopiste doit également posséder les connaissances et les compétences en matière de thérapie (chirurgie et chimiothérapie).

Le colposcopiste doit participer activement à l'assurance de qualité en vue d'améliorer le niveau qualitatif des soins dans ce domaine

Le colposcopiste doit pouvoir assumer un volume de patientes suffisant pour lui permettre de maintenir à niveau ses compétences en matière diagnostique et thérapeutique.

Le colposcopiste doit veiller au maintien à jour de ses compétences par la formation continue (stages de courte durée, participation à des manifestations scientifiques...)

La pratique en colposcopie requiert par ailleurs une concertation permanente et systématique avec le pathologiste afin de confronter les observations d'ordre clinique et pathologique (cytologique et histologique).

Modalités pratiques d'exécution

\* Il est utile de disposer de la demande de consultation en colposcopie et d'une copie du rapport de cytologie.

La colposcopie ne doit pas être effectuée sans que l'on ait pris connaissance du rapport de cytologie.

Indications de la colposcopie

\* Si la colposcopie est accessible, son indication peut être posée pour tout frottis présentant une anomalie.

\* Certaines controverses existent quant à l'intérêt relatif de la colposcopie chez les patientes dont le frottis indique une lésion ASCUS/CINI/LIBG (L'ADN viral HPV). Dans ces cas, il est classiquement recommandé de procéder à un nouveau frottis dans les six mois qui suivent. Si le nouveau frottis révèle une progression cytologique des lésions ou la persistance de l'anomalie révélée par le frottis.

\* La présence d'une atypie des cellules glandulaires de signification indéterminée (AGUS) doit être examinée par biopsie, sous contrôle colposcopique, par curetage endocervicale et par biopsie de l'endomètre s'il y a lieu (Zweizig, 1997).

c) Terminologie de la colposcopie

\* La zone de remaniement est l'origine des lésions intraépithéliales du col utérin et par conséquent, constitue la base du système de classification.

Le système de classification inclut les lésions s'étendant à l'extérieur de la zone de remaniement, ce qui n'est pas rare dans le cas des infections par le virus du papillome humain.

**Tableau 6 : Terminologie Internationale de la Colposcopie**

<b>Résultats colposcopiques normaux :</b> Epithélium malpighien d'origine Epithélium cylindrique Zone de remaniement	Carcinome envahissant suspect à la Colposcopie
<b>Observation colposcopique anormales</b> <b>A l'intérieur de la zone de remaniement</b> Lésion épithéliale blanche (acéto-positive) Lésions planes Micropapilles ou micro circonvolutions Ponctuation Mosaïque	Examen colposcopique insatisfaisant Jonction squamo-cylindrique non visible Inflammation ou atrophie sévère Col utérin non visible Observations diverses Surface micropapillaire négative Condylome exophytic



Leucoplasie Lésion iodo-négative (test de Schiller) Vaisseaux atypiques A l'extérieur de la zone de remaniement Par ex. Exocol, vagin Lésion épithéliale blanche (acéto-positive) Lésion plane Micropapilles ou microcirconvolutions Ponctuation Mosaïque Leucoplasie Lésion iodo-négative (test de Schiller) Vaisseaux atypiques	Inflammation Atrophie Ulcère Autre
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

\* indique un changement mineur ou majeur

Les changements mineurs sont : épithélium blanc (acéto-positive), mosaïque fine, ponctuation fine et légère leucoplasie.

Les changements majeurs concernent les aspects suivants : épithélium blanc (acéto-positif) dense, ponctuation grossière forte leucoplasie ; vaisseaux atypiques et érosion.

VPH associés aux maladies génitales, ceux à faible risque et ceux à risque élevé. Ce qui reflète les pourcentages observés dans les cancers envahissants (tableau «).

Les derniers développements ont mis au point l'intérêt du typage de l'ADN viral dans le contexte d'un programme de dépistage cytologique, à travers une prise en charge plus spécifique et ciblée des anomalies de type ASCUS / LIBG et en faisant intervenir ce test.

Les avantages de coût / efficacité sont également évidents comparativement à la multiplicité des FCV combinés à la coloscopie qu'imposerait le suivi classique de ce type d'anomalie

(cf nouvelles approches en matière de dépistage).

#### RISQUE ONCOGENE PAR TYPE VAIRAL

Faible risque oncogène	Risque oncogène élevé
VPH 6 11, 26, 40, 42, 43, 44, 53, 55, 57, 59, 66, 68	VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58.

#### 6-2 INDICATIONS DU TRAITEMENT

\* Une CIN peut se développer chez n'importe quelle femme qui a déjà eu des rapports sexuels. Cette maladie peut se localiser sur la partie vaginale du col, dans le canal.

##### Options thérapeutiques

Les sources d'énergie utilisées pour traiter les CIN, incluent les lames (laser CO<sup>2</sup>), les générateurs électrochirurgicaux et l'équipement de cryochirurgie

Les options thérapeutiques sont les suivantes :

Excision au scalpel, au laser ou par électrochirurgie

Ablation au laser ;

Recours combiné à l'excision et à l'ablation (laser ou électrochirurgie). La méthode de traitement choisie dépend du siège de la lésion, de son étendue et des considérations reliées à la fertilité.

Cryochirurgie.

##### a) Excision

L'excision est d'ordinaire réservée aux cas suivants :

Muqueuse endocervicale dysplasique

Maladie ayant atteint le canal endocervicale ;

Corrélation inadéquate des observations cytologiques, histologiques et coloscopiques;

Différenciation entre cancer malpighien envahissant et micro-envahissant

Différenciation entre adénocarcinome envahissant et in situ ;

Coloscopie insatisfaisante ;

**Les méthodes de choix de laser au CO<sup>2</sup>, l'électrochirurgie ou le scalpel.**

##### b) Ablation au laser

L'ablation au laser (d'ordinaire par laser CO<sup>2</sup>) peut être indiquée chez les patientes présentant une lésion exocervicale. Son taux de guérison global après plusieurs interventions ; est de 98 %.

L'opération est généralement effectuée sous forme de chirurgie d'un jour, sous anesthésie locale. Une anesthésie générale peut être nécessaire pour la patiente plus anxieuse.

##### c) Electrochirurgie

Cette technique peut être utilisée tant pour les lésions exocervicale que pour celles requérant une excision, pour quelque raison que ce soit, le taux de guérison global est de 90%. L'opération est généralement pratiquée sous anesthésie locale, mais une anesthésie générale peut être nécessaire pour la patiente plus anxieuse ou encore, lorsque l'exposition requise risque d'être excessivement inconfortable.

##### d) Cryochirurgie

La cryochirurgie est réservée aux patientes présentant des lésions CIN exocervicale. Les taux de guérison globaux oscillent autour de 90% mais les échecs sont fréquents dans le cas des lésions plus étendues. La technique est habituellement pratiquée en consultation externe, sans anesthésie locale ou générale.

Suivi après le traitement

Le suivi initial doit comprendre des examens cytologiques et coloscopiques, ainsi qu'une biopsie, si cela a été jugé nécessaire sur la base de la biopsie. C'est dans les six mois suivant le traitement qu'il est le plus probable d'observer une maladie persistante ou récidivante. Si la lésion persiste, il faut recommencer le traitement. Le suivi subséquent doit inclure un examen cytologique annuel, durant toute la vie de la patiente Celle-ci doit être informée du calendrier de suivi et être renvoyée à son médecin traitant.

Indicateurs de l'issue de traitement

Les indicateurs du traitement incluent notamment les aspects suivants :

Un taux de guérison global de 90% ou plus sauf si l'on rencontre une maladie étendue ou s'il existe des déformations anatomiques cervicales ;

Les patientes, présentant une maladie persistante, sont à nouveau soumises au protocole coloscopique et le traitement est basé sur les observations histologiques et coloscopiques ;

D'après les données disponibles, l'incidence des complications devrait se situer dans des limites acceptables. Les complications incluent les suivantes :

- Hémorragie postopératoire
- Guérison retardée
- Infection cervicale et pelvienne.
- Incompétence ou sténose du col utérin
- Néoplasie intraépithéliales persistante et récidivante
- Complication d'anesthésie.

#### **VII – PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE DES FROTTIS ANORMAUX**

Le résultat d'un frottis doit être considéré comme anormal à partir du moment où dans la conclusion, sont signalées des anomalies de nature dysplasiques (Dysplasies OMS-Koss- De Brux- CIN – Richart, lésions de bas grade et / ou de haut grade – Système Bethesda) Le principe générale est que la cytologie alerte, la colposcopie localise, la biopsie affirme.

##### **7-1 LA PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS DE HAUT GRADE**

En cas de lésion de haut grade (CIN II – III/CIS ou Dysplasie modérée – sévère – Carcinome in situ) une biopsie sous contrôle colposcopique doit être effectuée pour confirmer le diagnostic.

En cas de discordance histo-cytologique avec certitude cytologique, il faudra parfois aller jusqu'à la conisation qui sera alors diagnostique et thérapeutique.

En cas de certitude cytologique ou dans certains cas extrêmes (colposcopie avec jonction non accessible), il faudra faire d'emblée une conisation.

Le but de la conisation est d'exclure formellement un cancer invasif ou micro-invasif sous-jacent. Il faut préciser les limites de l'exérèse in sono ou non in sono. Si la lésion est enlevée en totalité, on compte 99% de guérison définitive.

\* Si les limites supérieures ne sont pas in sono, en cas d'excision non invasive, le principe est admis surveillance par frottis réguliers et colposcopie. La reprise thérapeutique n'aura lieu qu'en cas de réapparition des anomalies cytologiques.

##### **7-2 LA PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS DE BAS GRADE ET ASCUS**

Elle reste un sujet de controverse surtout depuis les derniers développements en matière de dépistage, intégrant le rôle de HPV et conditionnant la démarche de suivi et de prise en charge des frottis ASCUS.

Il reste toutefois largement admis de suivre ces femmes par un frottis, 6 mois plus tard, car ces anomalies ne correspondent souvent qu'à des atypies de réparation : plus de 50% d'entre elles régressent spontanément sans traitement. En cas de persistance, un examen colposcopique s'impose, car 20% de ces anomalies correspondent, pour certains auteurs, à des lésions de Haut Grade.

##### **7-3 LA PRISE EN CHARGE DES ATYPIES GLANDULAIRES**

Les lésions de CIGN justifient un contrôle colposcopique avec biopsie, tout en sachant que leur diagnostic est difficile et qu'il nécessite une grande expérience du pathologiste.

L'adénocarcinome insituassocié dans 50% des cas à une lésion de Haut grade, impose une confirmation biopsique avec conisation en cas de concordance cyto-histologique.

En cas de discordance, c'est au pathologiste d'envisager une conisation diagnostic et thérapeutique. Toutefois, la spécificité n'est pas parfaite pour les lésions glandulaires, s'expliquant ainsi le taux élevé de faux positifs.

Aussi, devant un résultat de frottis anormal, le clinicien doit-il rester confiant, tout en sachant le suivi nécessaire à faire pour chaque cas.

# TERMINOLOGIE

**Actinomyète** : bactérie anaérobie filamenteuse ramifiée ; retrouvée dans les frottis cervico-vaginaux des femmes porteuses de DIU. Au faible grossissement : bouquets enchevêtrés de filaments renflés en « massues » à la périphérie ; amas denses et arrondis en « balle de coton » bleus brunâtres ou violacés ; masses de leucocytes adhérents aux microcolonies de l'organisme ; polyneutros associés. L'infection est bénigne mais peut donner des abcès pelviens responsables de stérilité.

**Adénoacanthome** : adénocarcinome comportant des plages de métaplasie épidermoïde ; carcinome adénoquameux ; adénocarcinome comportant des cellules malpighiennes franchement malignes.

**Adénocarcinome** : = néoplasie maligne épithéliale glandulaire = carcinome glandulaire.

**Adénocarcinome endocervical** : composé de cellule de type endocervical.

La plupart des adénocarcinomes du col sont précédés de lésions précurseurs qui ont été désignées adénocarcinomes in situ (AIS) ; les AIS sont rapportées comme « AGUS endocervicales probablement néoplasiques » ; cependant, certains aspects cytologiques sont communs aux AIS et aux adénocarcinomes invasifs. Les critères indiquant l'invasivité, tels que fond tumoral et macronucléoles peuvent être absents dans la plupart des adénocarcinomes bien différenciés ; la distinction entre « AGUS endocervicales probablement néoplasiques » et « adénocarcinomes invasifs » nécessite souvent l'histologie . En présence d'un fond tumoral de macronucléoles, avec chromatine irrégulièrement distribuée et parachromatine clarifiée, un diagnostic d'adénocarcinomes doit être fortement considéré.

Une grande variété de sous-types histologiques d'adénocarcinomes, en plus du type mucineux « endocervical » endométrioïde, à cellules claires et sévères surviennent au niveau de l'endocol.

**Adénocarcinome endométrial** : composé de cellules de type endométrial.

Sur les frottis ; cellules isolées ou petits amas lâches typiques ; augmentation de taille des noyaux discrète dans adénocarcinomes bien différenciés , augmente avec le grade de la néoplasie ; variations dans la taille des noyaux , avec perte de la polarité ; particulièrement dans les adénocarcinomes de grade élevé, noyaux hyper chromatiques avec chromatine irrégulièrement distribuée et parachromatine clarifiée ; nucléoles petits à proéminents ; parfois , fond tumoral aqueux , finement granulaire ; cytoplasme typiquement rare , cyanophile , souvent vacuolisé.

**AGUS** (Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance = cellules glandulaires atypiques de signification indéterminée). : Cellules à différenciation endométrial ou endocervicale, montrant plus d'atypies nucléaires que des changements réactionnels ou de réparation évidents, sans les caractères indiscutables d'un adénocarcinome invasif.

Préciser si possible AGUS endocervicales « probablement réactionnelles » ou « néoplasiques »  
Les critères pour séparer les cellules endométriales atypiques en « probablement réactionnelles » ou « probablement néoplasiques » ne sont pas définis ; ce groupe n'est pas subdivisé ; différencier les cellules endométriales, cytologiquement bénignes des cellules endométriales atypiques sur une légère augmentation de taille des noyaux.

Des cellules endométriales normales ou atypiques peuvent être associées à des polypes endométriaux, endométrite chronique, traitement hormonal, DIU, hyperplasie endométriale, carcinome endométrial.

La catégorie des cellules endocervicales atypiques : large spectrum allant de lésions réactionnelles bénignes d'aspect atypiques à adénocarcinome in situ.

Arias – Stella (phénomène de): les cellules décrites par Arias-Stella au niveau de l'endomètre en présence de tissu foeto-placentaire intra-ou extra-utérin ; se retrouvent rarement au niveau des glandes endocervicales et des FCV. Ce sont des cellules de grande taille, avec un noyau volumineux, hyper chromatique et plurilobé.

- **ASCUS** = Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance : anomalies cellulaires, plus marquées que celles attribuables aux changements réactionnels, mais ne permettant pas qualitativement un diagnostic de SIL .Elles peuvent correspondre soit à un processus réactionnel exubérant, soit à une lésion potentiellement sérieuse ne peuvent être classées de façon définitive.

- ASCUS est un diagnostic d'exclusion pour des aspects cytologiques pas assez nets pour un diagnostic spécifique ; leur incidence ne devrait pas dépasser 2 à 3 fois celle des CIL ; ASCUS n'est pas synonymes de « Atypie » « Atypie bénigne » « Atypie Inflammatoire » ou « Atypie réactionnelle » ; classées dans le TBS en « changements réactionnels ». Leurs étiologies sont diverses, mais le diagnostic étiologique ne peut être établi à partir de la cytologie.

Des réactions à l'inflammation et à la réparation, de même que des lésions non spécifiques précédant ou accompagnant une SIL, peuvent avoir des caractères cytologiques similaires.

**Bowen (maladie de)** : carcinome in situ de la muqueuse vulvaire ; zone blanchâtre ou rougeâtre ; l'épithélium malpighien est hyperkératosique et hyperacanthosique avec atypies cytonucléaires nombreuses et mitoses anormales ; des cellules à cytoplasme clair dispersées dans l'épithélium.

**Candida albicans mycoses** ; sous forme de levures (de 3-7 um), pseudo-hyphes et vrais hyphes (éosinophiles à marron au Pap) sur les frottis ; présence de polyneutros fragmentés et rouleaux de cellules squameuses criblées par des hyphes. Les candidoses sont fréquentes au niveau de la vulve et du vagin plus rares au niveau du col ; associées au diabète, à la GP, aux ATB aux immunodéficits ; elles peuvent être asymptomatiques ou s'accompagner de leucorrhées crémeuses et épaisses, de brûlures et de démangeaisons  
Carcinome squameux invasif néoplasie maligne la plus fréquente du col utérin. Classifications antérieures : trois sous types : Kératinisant, non Kératinisant et à petites cellules. Le carcinome à petites cellules = groupe hétérogène carcinomes, squameux à petites cellules et tumeurs neuroendocrines (en ME et à l'immunohistochimie).

Le S, Bethesda : Carcinome peu différencié avec évidence de différenciation squameuse dans catégorie " Carcinome Squameux " ; Carcinome indifférenciés en microscope optique et ceux montrant des caractères neuroendocrines dans autres " néoplasies ".

Carcinome microinvasif : l'invasion du stroma ne doit pas dépasser 3 mm en profondeur ; le pronostic est excellent après hystérectomie.

Cellules en bague à chaton : cellules à noyau périphérique et cytoplasme vacuolisé.  
. déciduales : au cours de la grossesse, en cas de déciduose cervicale, le frottis cervical montre des cellules " déciduales", de grande taille à cytoplasme abondant, homogène, cynophile ou éosinophile, entourant un noyau volumineux arrondi, avec petit nucléole visible, les noyaux deviennent parfois pycnotiques et hyperchromatiques .

Naviculaires : s'observent pendant la grossesse, mais aussi pendant la ménopause. La charge élevée en glycogène (jaunâtre au pap) caractérise la cellule naviculaire : forme en nacelle typique avec noyau périphérique et liseré cytoplasmique dense fortement cyanophyte.

de langerhans : Cellules présentatrices de l'antigène ; elles comportent les granules intracytoplasmiques de Birbeck (en ME).  
Chlamydia trachomatis : bactérie intracellulaire obligatoire responsable de la lymphogranulomatose vénérienne (maladie de Nicolas-Favre) (mais aucun de la psittacose, du trachome, de la conjonctive et de l'urétrite à inclusions).

MST : infecte surtout la zone de jonction endo-exocervicale, et tout le tractus génital avec risque de stérilité. Dans les FCV, petits éléments coccoïdes au centre d'une vacuole cytoplasmique bien limitée (aspect mité du cytoplasme des cellules endocervicales ; plus tard multiples petites vacuoles contenant une inclusion éosinophile constituée par la condensation des chlamydias, important infiltrat polynucléaire et atypies cytonucléaires associés. Le diagnostic de chlamydia spp n'est pas inclus dans le S. Bethesda à cause de la faible fiabilité du diagnostic cytologique ; des méthodes de détection plus spécifiques (culture, immunoassay) sont disponibles.

Classification

De Papanicolaou (1943) : 05 classes de frottis :

classe I : absence de cellules atypiques ou anormales.

classe II : Cytologie atypique sans évidence de malignité (bénin).

classe III : Cytologie suggérant sans certitude la malignité (suspect)

classe IV : Cytologie très suspecte de malignité.

classe V : Cytologie concluant à la malignité (malin).

De Reagan (1953) : Dysplasie légère, modérée et sévère et carcinome in situ.

De Richard (1967) : néoplasie intracervicale (CIN) : CIN I, CIN II, CIN III : Modifiée en 1990, CIN de bas grade et CIN de haut grade.  
TBS (The Bethesda System) élaboré en 1988, sous l'égide du NCI (National Cancer Institut) nomenclature destinée à faciliter le diagnostic et le compte rendu cytopathologique, à uniformiser la terminologie et faciliter la communication. Le compte rendu cytopathologique comporte à la fois un diagnostic descriptif et l'évaluation de la qualité du prélèvement. Le diagnostic final, comme dans la classification de L'OMS, est basé sur les cellules les plus anormales, quel qu'en soit le nombre. L'origine exacte des cellules anormales détectées dans un FCV ne peut pas toujours être précisée (néoplasie du vagin, du col, de l'endomètre, ou de l'ovaire). L'interprétation reste subjective.

Consensus Paris Tolbiac (1991) : même que TBS.

Condyloma : lésions bénignes associées aux HPV à faible risque ( 6,11,42,43,44 ) : lésions le plus souvent acuminées parfois planes, caractérisées par une acanthose, une Koilocytose avec atypies nucléaires et mitoses anormales, souvent dyskératose, hyper- et parakératose ; la papillomatose est plus ou moins prononcée. Ces lésions sont incluses dans les LSIL dans le TBS.

Exodus (ou migration) : en fin de cycle menstruel, correspond à des placards orrondis de cellules endométriales entourées de nombreux macrophages.

Gardnerella Vaginalis (Haemophilus vaginalis) : bacille en bâtonnet Gram- bleu au pap responsable de " vaginose bactérienne" avec pertes grisâtres malodorantes ; présence de " clue cells" caractéristiques (cellules violacées couvertes de bacilles).

Hyperkératose – cellules squameuses polygonales mâtures, anucléées mais par ailleurs la contamination accidentelle par un matériel vulvaire peut introduire des cellules squameuses anucléées dans le FCV.

Kraurosis vulvaire : dystrophies vulvaires ; lésions atrophiques et hypertrophiques vulvaires ; dysplasies de la muqueuse vulvaire ; néoplasie intra épithéliale vulvaire (VIN) ; forme verruqueuse ou maladie de Bowen (grandes lèvres) et CIN basaloïde (petites lèvres).

Lactobacilles : bacilles de Döderlein : composante majeure de la flore vaginale.

## **GLOSSAIRE**

### **De quelques termes utilisés en cytologie gynécologique**

**Acantholyse** : disparition des ponts intercellulaires.

**Acanthose** : augmentation du nombre de couches cellulaires dans l'épithélium malpighien.

**Acidophilie** : affinité pour les colorants acides. La différence de coloration du cytoplasme ne paraît pas être en rapport avec l'acidité des colorants, puisque les colorants de Papanicolaou et de Shorr ne contiennent aucun colorant basique. L'orange G, le vert lumière, l'éosine et le brun Bismark sont tous des colorants acides. Les affinités cytoplasmiques pour les colorants dépendent davantage de phénomènes d'oxydation et de réduction des cellules vaginales, que de phénomènes chimiques acidobasiques.

**Agcus** : abréviation de " Atypical Glandular Cells of Undetermined significance", cellules glandulaires atypiques de signification indéterminée; définition utilisée dans le système de Bethesda.

**Anisocytose** : hétérogénéité de la taille du noyau pour une souche cellulaire définie.

Ascus : abréviation de " Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance ", cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée; définition utilisée dans le système de Bethesda.

**Basophilie** : affinité pour les colorants de Papanicolaou et de Shol ne contiennent pas de colorants basiques ; dans l'état actuel de nos connaissances, il est plus exact de parler de cyanophilie.

Biologie moléculaire : étude, à l'échelle moléculaire, des êtres vivants et des phénomènes qui les caractérisent.

Carcinome : tumeur épithéliale maligne. La nomenclature anatomopathologique a remplacé le terme épithélioma, plus exact du point de vue étymologique, par le terme carcinome pour qualifier une tumeur épithéliale maligne.

**Carcinome in situ ou intraépithélial** : tumeur épithéliale présentant les caractères cytologiques de malignité mais ne franchissant pas la lame basale de l'épithélium.

**Carcinome microinvasif** : Tumeur épithéliale maligne dont la pénétration en profondeur ne dépasse pas quelques millimètres ; au niveau du col utérin cette profondeur a été arbitrairement fixée à 3 à 5 mm suivant les classifications utilisées.

**Carcyomégalie** : augmentation de taille du noyau.

**Pycnose ou caryopycnose** : densification du noyau de la cellule malpighienne superficielle, dernière étape du vieillissement du noyau ; le noyau pycnotique mesure 5 um de diamètre.

**Sarcome** : tumeur maligne développée à partir des tissus conjonctifs ou mésodermiques.

**Virus** : microorganisme se multipliant dans les cellules vivantes et possédant un seul type d'acide nucléique. Il se reproduit à partir de son matériel génétique dans la cellule parasitée. Les virus animaux s'intègrent au génome de la cellule hôte ou ils tuent la cellule

**Polychromasie** :

La réaction aux colorants du cytoplasme d'une cellule dégénérée peut varier d'une cellule à l'autre et dans une même cellule.

**Hyperkératose** :

Quelques cellules vont accumuler une grande quantité de kératine dans leur cytoplasme au cours d'une dégénérescence lente. Cette accumulation de Kératine leur confère un aspect orange, foncé et vitreux.

L'hyper kératose peut être le résultat d'un vieillissement naturel ou d'une atypie cellulaire et elle peut persister après la lyse du noyau comme on le voit dans les cellules hyperkératosiques de la leucoplasie.

**Cytolyse** :

L'homogénéisation et vacuolisation du cytoplasme au cours de la dégénérescence peuvent être suivies par une fragmentation et la destruction de noyaux nus.

**Multinucléation** :

Occasionnellement des cellules géantes multinucléées dégénératives se forment quand les cytoplasmes fusionnent.

Les limites cytoplasmiques sont mal définies et les nombreux noyaux de taille et de forme variables se chevauchent. Il n'y a pas de moulage nucléaire.

**Changements nucléaires**

**Chromatine en motte** :

Au premier stade de la dégénérescence, la chromatine a tendance à former des mottes. Ces mottes migrent vers le centre ou vers la périphérie du noyau. Ces mottes de chromatine sont différentes de celles que l'on voit dans les cellules malignes en raison de l'aspect flou de leur contour et de la régularité de leur forme.

Quand les couches superficielles manquent (inflammation) le frottis renferme un nombre élevé des cellules para basales. Ces cellules para basales sont hypertrophiques, rondes ou ovales avec des limites irrégulières mal définies.

Les noyaux sont centraux, larges avec des limites nettes, régulières.

La chromatine en motte est foncée. Les nucléoles sont proéminentes ; ronds, uniques ou multiples.

**Le fond du frottis** :

Augmentation des leucocytes polynucléaires.

Présence de globules rouges et de dépôts de protéines.

Présence de débris cytoplasmiques.

**B. Leucoplasie** :

Au lieu d'un épithélium non kératinisant, on retrouve un épithélium kératinisé.

L'épithélium est partiellement recouvert par des squames et des cellules malpighiennes qui présentent des signes de kératinisation et qui ont gardé leur noyau (parakératose).

**Le frottis est caractérisé par** :

De squames anucléées

Des cellules superficielles et intermédiaires avec des granules cytoplasmiques.

Un grand nombre de cellules parakératosiques (cytoplasme orangé et noyaux hyperchromatiques) .

Quelques cellules avec un espace vide dans le cytoplasme où se trouvait le noyau.

Cette hyperkératinisation des couches superficielles est souvent le résultat d'une irritation chronique.

**B. Endocol**

**Hyperplasie des cellules de réserve** :

Dans la zone de transition, les cellules de réserve bipotentielles sous l'épithélium cylindrique endocervical peuvent proliférer sans maturation.

**Le frottis est caractérisé par** :

La présence de petits noyaux nus à côté des cellules endocervicales

Leur chromatine est fine

Un petit nucléole peut être présent

Ces noyaux nus ont un aspect d'exfoliation caractéristique. Ils sont groupés en rangées ou en amas denses. Les noyaux peuvent se chevaucher un peu.

Cervicite

Après une biopsie ou une chirurgie (post cautérisation)

Après une irradiation

**Le frottis renferme** :

Des cellules inflammatoires

Des histiocytes

Des fibroblastes

Des cellules géantes multinucléées

Des cellules para basales

Des débris cellulaires

Des cellules de réparation

**Les cellules de réparation** :

Elles ont une importante activité métabolique

Noyau élargi et proéminent

Parfois elles ont une activité mitotique

Les cellules de réparation exfolient en amas (feuille) ou elles sont isolées.

Dans les feuilles, les limites cytoplasmiques ne peuvent pas être identifiées.

Elles apparaissent comme de larges cellules para basales hyperactives avec de nombreux prolongements type pseudopodes (cellules araignées).

Elles ont différents degrés de différenciation.

Le cytoplasme est dense ou semi-transparent, basophile ou éosinophile.

Il peut renfermer des vacuoles.

Parfois on voit une leucophagocytose.

Les noyaux sont élargis et ils varient en taille, d'une cellule à l'autre habituellement vésiculeux, ils sont centraux.  
La chromatine est finement granuleuse, régulière.  
On peut voir une multinucléation.  
Les nucléoles sont larges, acidophiles, uniques ou multiples.

#### **Diagnostic différentiel :**

Epithélioma épidermoïde non kératinisant à grandes cellules (la chromatine est différente).  
Adénocarcinome endocrinologue (groupes cellulaires tridimensionnels et du moulage nucléaire).  
Sarcome des tissus mous.

#### **Endocervicite :**

Inflammation aiguë de l'endocol.  
Groupes de cellules endocervicales atypiques avec des inclusions de polynucléaires dans le cytoplasme. Le rapport nucléocytoplasmique est conservé.  
Le noyau peut contenir de nombreux chromocentres et un/ou plusieurs nucléoles.  
Les mitoses sont rares.  
La multinucléation peut survenir.  
Des noyaux séparés du cytoplasme sont fréquents.

#### **Autres désordres bénins :**

##### **A. Déficience en acide folique :**

C'est une forme d'anémie qui se trouve le plus souvent chez des femmes post-ménopausées ou encore chez des patientes enceintes.  
Déficience en vitamine B12 (avitaminose).  
Il s'agit des mêmes critères cytologiques que les effets de la radiation au début.  
On note une hypertrophie cellulaire.

#### **ANNEXE 1 : EQUIPEMENTS ET FOURNITURES**

##### **UNITE DE PRELEVEMENTS**

L'unité de prélèvement doit disposer de l'équipement et des fournitures nécessaires à un examen gynécologique. Il faut en particulier veiller à stériliser l'ensemble de la petite instrumentation. Le prélèvement proprement dit du frottis nécessite les fournitures suivantes :

Spéculum  
Gants stériles  
Un éclairage suffisant  
Des spatules adaptées  
Des lames de verre propres (avec une extrémité en verre dépoli pour les inscriptions au crayon).  
Un poupinel (stérilisateur).  
Cytobrush  
Spray de fixation.  
Des récipients et du matériel d'emballage pour le transport des lames.  
Des fiches d'enregistrement et de demande de frottis.  
Des crayons à mine ordinaire ou des crayons au diamant.  
Un plan de travail pour écrire.  
Des classeurs à dossiers ou tout autre dispositif d'enregistrement des données (ordinateur).  
De la papeterie.  
Des registres pré- établis.

##### **LABORATOIRE DE CYTOLOGIE (DE REFERENCE)**

Un laboratoire de cytologie doit tenir le stock des fournitures et en assurer la distribution aux unités périphériques de prélèvement.  
L'équipement et les fournitures nécessaires à un laboratoire de cytologie sont indiqués ci-dessous. On trouvera dans la même section des instructions pour la préparation de certains colorants et de certaines solutions mères.

##### **Pour la coloration des lames :**

###### **Equipement et fournitures :**

Une paillasse complétée par une petite table pour les bacs de coloration et une chaise avec dossier.  
Un évier avec l'eau courante.  
Un distillateur à eau.  
24 bacs de coloration munis d'un couvercle d'une capacité unitaire de 30 ou 60 lames.  
Un porte-lame en métal ou en verre d'une capacité de 30 ou 60 lames.  
Des lamelles de verre (24x50 mm).  
Des éprouvettes graduées (de 10, 20, 100 et 1000 ml).

Tiré de " dépistage cytologique du col : guide technique " OMS  
Un bûcher en pyrex avec bec et poignée (3000 ml).  
10 flacons de conservation (3000- 4000 ml).  
Du papier filtre (dimension 33 cm).  
Gaze pour le montage et le nettoyage des lames.  
Des réactifs (voir ci-dessous).  
Des paniers de 24 lames.  
Réactifs (en quantités suffisantes pour un laboratoire examinant 40 à 50.000 frottis par an).  
° Ethanol à 95 % (8 - 10 litres par mois soit 120 litres par an).  
° Ethanol à 100 % (4 - 5 litres par mois, soit 60 litres par an).  
° Xylol (12 litres par mois soit 150 litres par an).  
° Hématoxyline, prête à l'emploi (30 litres par an).  
ou  
° Les réactifs nécessaires pour préparer l'hématoxyline (prévoir au moins 30 litres par an).  
Hématoxyline (cristaux foncés) : 8 g



Ethanol à 95 % : 80 ml  
 Alun d'ammonium : 160 g  
 Eau distillée : 1600 ml  
 Oxyde mercurique : 6 g  
 ° Orangé OG prêt à l'emploi (30 litres par an)  
 ° Réactifs nécessaires pour préparer l'OG6  
 Cristaux d'orangé G : 10 g  
 Eau distillée : 100 ml  
 Alcool éthylique à 95 % : 1000 ml  
 Acide phosphotungstique : 0.15 g  
 ° EA prêt à l'emploi (30 litres par an)  
 ou  
 ° Réactifs nécessaires pour préparer l'EA 50 (prévoir 30 litres par an)  
 Eosine jaunâtre : 10 g  
 Brun Bismark jaunâtre : 10 g  
 Vert clair SF jaunâtre : 10 g  
 Eau distillée : 300 ml  
 Ethanol à 95 % : 2000 ml  
 Acide phosphotungstique : 2000 ml  
 Solution saturée de carbonate de lithium : 20 gouttes.

° Réactifs nécessaires pour la préparation de l'éosine  
 Eosine (jaunâtre) : 16 g  
 Bichromate de potassium : 8 g  
 Acide picrique (solution aqueuse saturée) : 160 g  
 Ethanol à 95 % : 160 ml  
 Eau distillée : 1280 ml  
 ° Résine synthétique pour le montage des lames.  
 ° fixateurs.

Pour l'interprétation des frottis (50.000 par an)

- ° 5 microscopes binoculaires complets avec 5 objectifs.
- ° Microscope multitétes
- ° Objectifs achromatiques aplanétiques (10x et 40x)
- ° Lampes d'éclairage du microscope sous faible tension
- ° Bureau et chaise à dossier et réglable.
- ° Pièces de rechange.

Pour le travail de bureau et de tenue des dossiers :

- Ordinateur logiciel cyto
  - Papeterie et fiches de demandes d'examen
  - ° Registre
  - ° Fichier pour les cas suspects.
  - ° Classeur ou fichier de classement des rapports d'examen
  - ° Divers matériel pour l'expédition des rapports et des fournitures diverses aux centre de santé de planification familiale.
- Pour le typage viral : Test HPV  
 Equipement et réactifs pour la mise en place de la technique.

ANNEXE 2.  
 DISPOSITION DES REACTIFS DE COLORATION  
 SELON PAPANICOLAOU

Ethanol à 80 %	Ethanol à 70 %	Ethanol à 50 %	Eau distillée	Hémato xylene de Harris	Eau distillée
Ethanol à 95 %	Ethanol à 80 %	Ethanol à 70 %	Ethanol à 50 %	Eau de robinet	Solution aqueuse de HCL à 0.5 %
Orangé OG 6	Ethanol à 95 %	Ethanol à 95 %	E A - 50	Ethanol à 95 %	Ethanol à 95 %
Xylol	Xylol	Mélange D'éthanol Absolu et Xylol en Parties égales	Ethanol absolu	Ethanol absolu	Ethanol à 95 %

disposer les lames dans le bac dans de coloration  
 5 immersions (8 – 10s)  
 5 immersions (8 – 10s)  
 5 immersions (8 – 10s)  
 6 min  
 5 immersions (8 – 10s)  
 3-5 immersions (plonger lentement selon la concentration de l'hématoxyline)  
 6 min  
 12 5 immersions dans chacun des réactifs  
 1 ½ min  
 15 5 immersions dans chacun des réactifs (8-10s)  
 1 ½ min  
 23 5 immersions dans chacun des réactifs (8-10s)  
 24 dans l'attente du montage.

**ANNEXE 3 :**  
 DISPOSITION DES REACTIFS POUR LA COLORATION A  
 L'HEMATOXYLINE - EOSINE

Ethanol à 80 %	Ethanol à 70 %	Ethanol à 50 %	Eau distillée	Hémato xylene de	Eau distillée
Ethanol à 70 %	Ethanol à 50 %	Eau de robinet	Eosine	Eau de robinet	HCL en Solution Dans L'éthanol
Ethanol à 95 %	Ethanol à 95 %	Ethanol absolu	Ethanol absolu	Mélange d'éthane 1 absolu et de xylol en parties égales	Xylol

1- disposer les lames dans le bac dans de coloration  
 5 immersions (8 – 10s)  
 5 immersions (8 – 10s)  
 5 immersions (8 – 10s)  
 6 min  
 1 min  
 2-3 immersions dans la solution alcoolique acide  
 10 min  
 5-10 min  
 18 5 immersions dans chacun des réactifs (8-10 minutes)



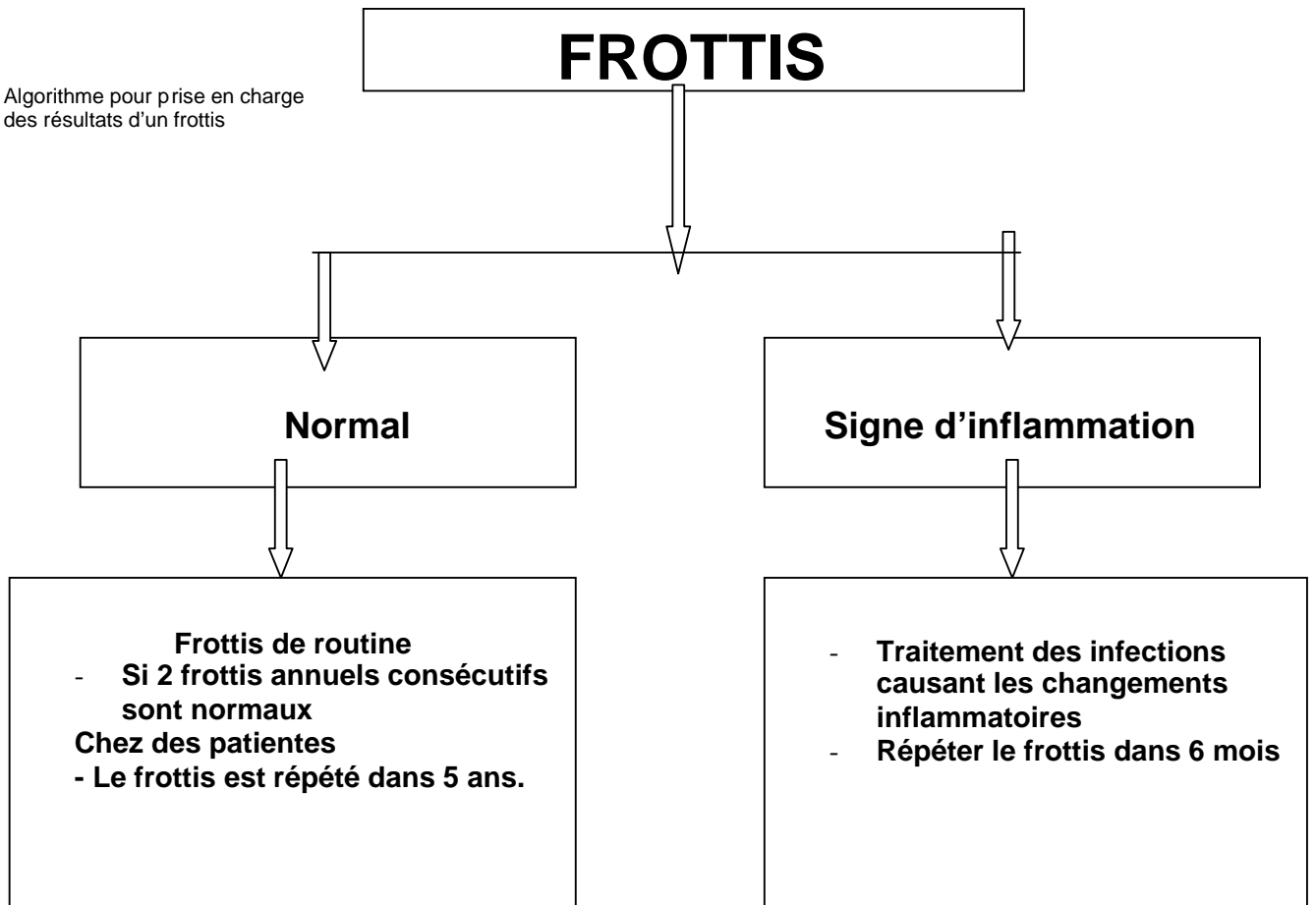
**ANNEXE 4****TERMINOLOGIE SELON LE SYSTEME DE BETHESDA (EN CORRELATIONS)**

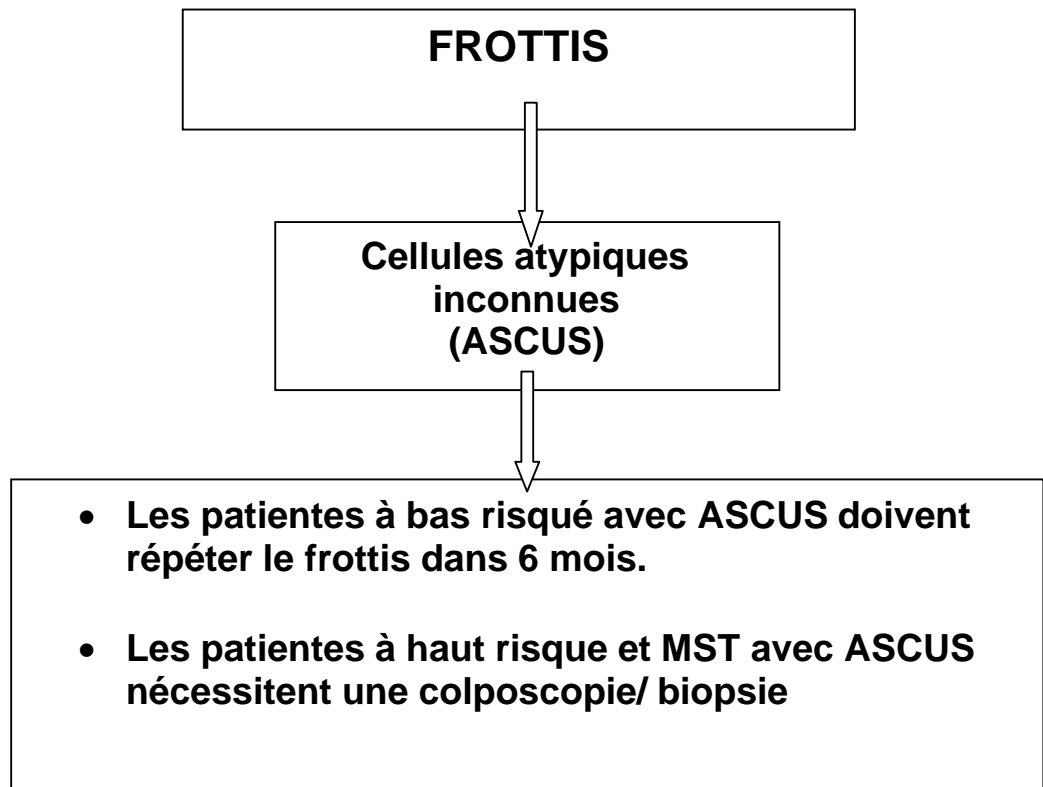
O.M.S	RICHART	BETHESDA
Dysplasie légère	CIN 1	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de Bas Grade avec ou sans HPV
Dysplasie modérée ou moyenne	CIN 2	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de haut Grade avec ou sans HPV
Dysplasie sévère Carcinome in situ	CIN 3	
Carcinome épidermoïde invasif	Carcinome épidermoïde invasif	Carcinome malpighien épidermoïde invasif
Dysplasies Glandulaires	C.I.G.N.S	Lésions glandulaires intra-épithéliales de Bas et Haut Grade
Adénocarcinome in situ	A.C.I.S	Adénocarcinome in situ
Adénocarcinome invasif	Adénocarcinome invasif	Adénocarcinome invasif

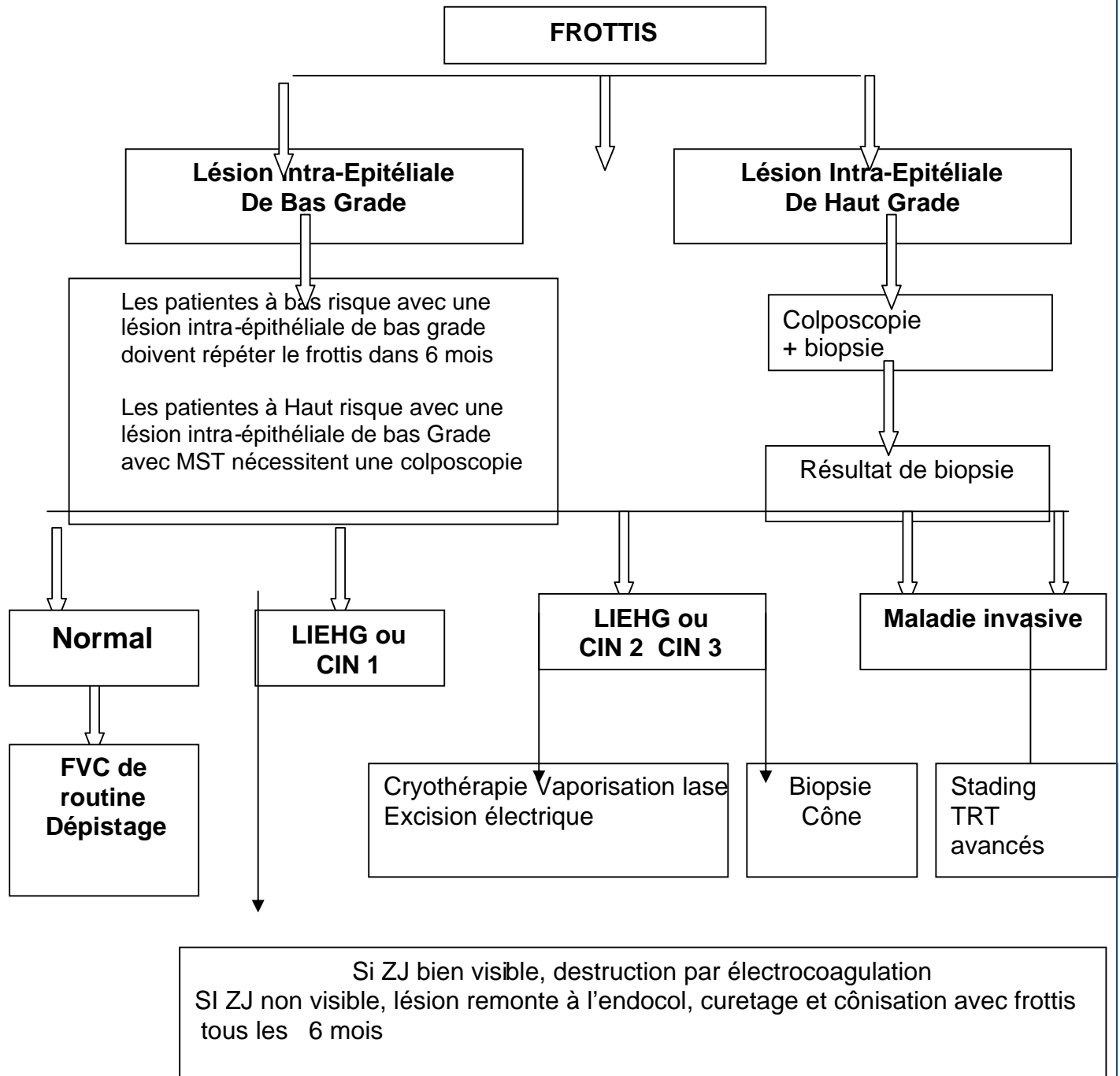
ANNEXE 5 :  
TERMINOLOGIE EN CYTOLOGIE CERVICO-VAGINALE DE PAPANICOLAOU A BETHESDA

CYTOLOGIE			CONCLUSIONS	CAT
PPN	RICHART	BETHESDA		
		Ininterprétable	-FCV ininterprétable Paucellulaire Hémorragique Mal fixé Très inflammatoire Très cytolitique	A refaire dans de bonne conditions
Classe I		Normal	Frottis d'aspect normal	A un an d'intervalle ; 2 fois en début de vie génitale Tous les 2 ou 3 ans ensuite ; tant que normal.
Classe II		Evaluation du statut hormonal	Frottis régressifs -Sous pilules Pré-ménopause Post partum (avec ou sans dystrophie) (avec ou sans inflammation)	-traiter le terrain dystrophique -inflammation si la dystrophie disparaît Frottis à 1 ou 2 ans d'intervalle.
		Inflammation	- Métaplasie malphibienne différenciée (avec ou sans inflammation)	Lésions guéries (inflammation à traiter si elle existe) -Frottis à 2 ans.
Classe III		Réparation	Métaplasie jeune ou peu différenciée (avec ou sans inflammation).  Réépithélisation jeune	Frottis à 6 mois - Si la lésion persiste, confrontation colposcopique et biopsique - Inflammation à traiter
Classe IV ↓	Herpes		Frottis inflammatoire avec signes herpétiques	- tenir compte de l'état gravidique éventuel
Non cohérentes avec les classifications actuelles			- Frottis avec signes de condylomes sans atypie	A confronter aux autres moyens d'investigations colposcopie-biopsie
	CINI	Lésions de bas grade	- Frottis avec signes de condylomes avec atypie légère	
	CINII		- Frottis avec signes de dysplasie moyenne (avec ou sans condylome)	
	CINIII	Lésions de haut grade	- Frottis avec atypies sévères. - Frottis de dysplasie grave	
	Infiltrant	carcinome	Frottis avec atypies témoignant d'un probable carcinome infiltrant.	

Algorithme pour prise en charge  
des résultats d'un frottis







## LE TEST HPV EN PRATIQUE CLINIQUE

FROTTIS ASCUS

Option de prise en charge

Frottis de contrôle  
Faible coût

Avantages

Facile à réaliser

Largement diffusée

La spécificité de la colposcopie

(Biopsies inutiles)

Inconvénients - +

Peut méconnaître jusqu'à 30 %  
Des CIN de HG sous-jacentes

Colposcopie immédiate  
Forte sensibilité à détecter

Les CIN HG

Largement diffusée

- spécifiés < 60%  
environ 50% de

Test HPV  
permet de reconnaître les cols

non pathologiques avec  
Précision (valeur prédictive  
négative de 95 % environ)

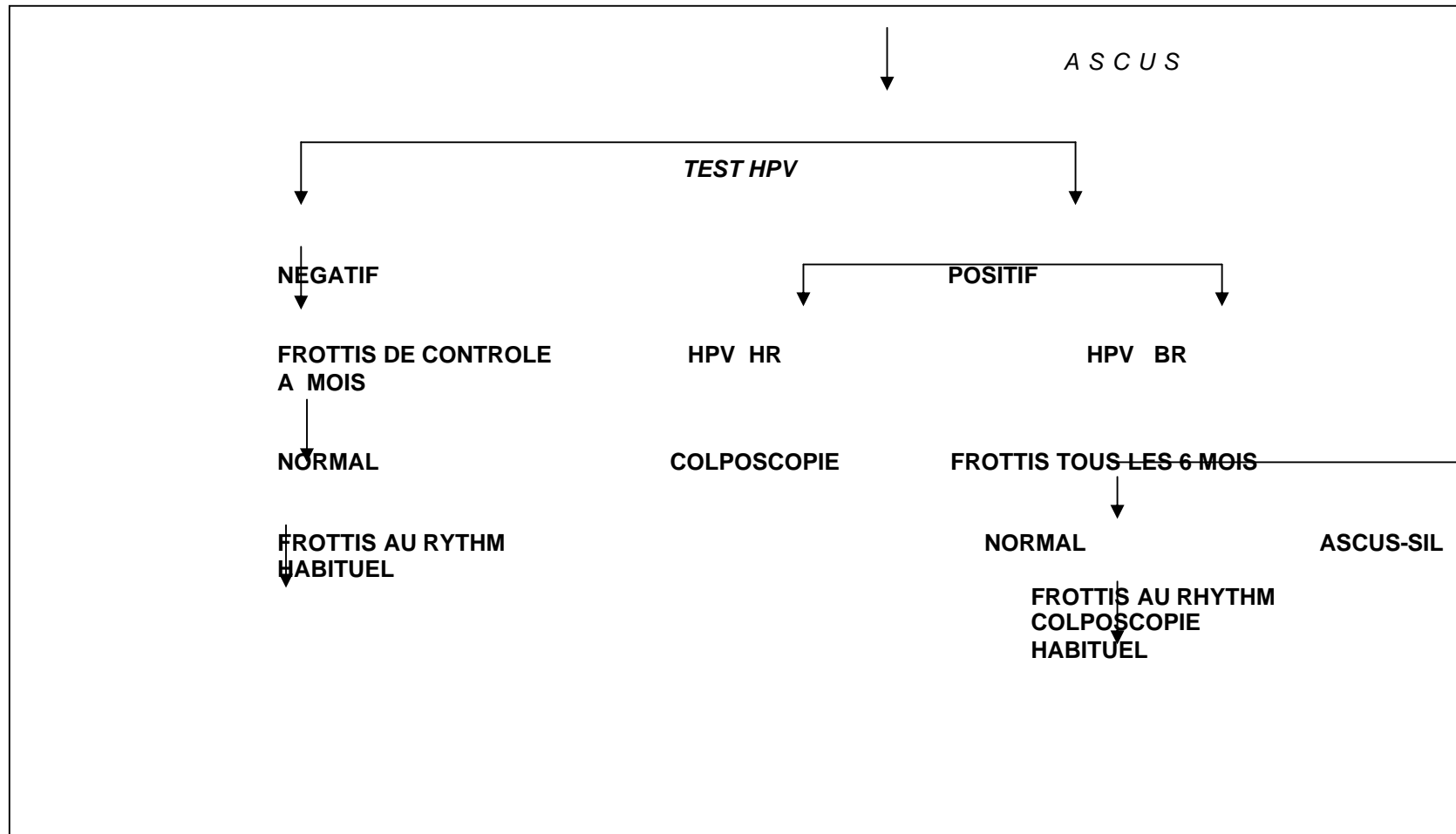
Forte sensibilité à détecter

les CIN HG (5-95 %)

- acte non encore  
remboursé



# LE TEST HPV EN PRATIQUE CLINIQUE



**ANNEX 8**

**RAPPORT D'EVALUATION DES ACTIVITES DE DEPISTAGE DES CANCERS DU COL**

**RAPPORT TRIMESTRIEL**

Trimestre.....

Année :

Wilaya :.....

Secteur sanitaire :.....

Unité de :.....

(Adresse)

**1/- Répartition selon l'âge des femmes au premier frottis**

> 30 ans	30 -35 ans	36- 40 ans	41- 45 ans	46 - 50 ans	+ 50ans	Total

**2/- Nombre de frottis effectués**

Nombre total de frottis réalisés :.....

DONT :

Nombre du 1<sup>er</sup> frottis :.....

Nombre du 2<sup>eme</sup> frottis :.....

Nombre de femmes perdues de vue :.....

**3/- Qualité du frottis**

	Bonne qualité	Insatisfaisant	Limite de la normale
Frottis 1			
Frottis 2			
Total			

Nombre de frottis faux positifs (FFP)

Nombre de frottis faux négatifs (FFN)



4/- Résultats des frottis

	Ininterprétable	Normal	Hormonal	Inflammatoire	Changements Réactionnels bénins	Total
Frottis n° 1						
Frottis n°2						

	ASCUS	Bas Grade	Haut Grade	Carcinome épidermoïde	ASGUS	Adénocarcinome	Autres	Total
Frottis n° 1								
Frottis n°2								

5/- Répartition des lésions selon l'âge

	ASCUS	Bas Grade	Haut Grade	Carcinome épidermoïde	ASGUS	Adénocarcinome	Autres	Total
-30								
30-35								
36-40								
41-45								
45-50								

6/- Recommandations du laboratoire : Conduite à tenir devant un résultat de frottis (CAT)

CAT	FCV+ 1an Puis + 5 ans	FCV contrôle post traitement	FCV+6 mois et/ou colposcopie	Typage HPV	Colposcopie/Biopsie	Autres	Total
Nombre de femmes							

**ANNEXE 9.**

**PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN  
FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Wilaya :.....

Secteur sanitaire de :

Service de pathologie :

Service de cytologie :

Unité de cytologie :

Centre de prélèvement..... Fait par.....

Date de prélèvement.....N° dossier cytologie .....

N° dossier clinique..... Code informatique.....

Nom de jeune fille.....Prénom.....Epouse.....

Née le..... à .....

Adresse.....

Tél.....

DDR.....Ménopause depuis..... Traitement hormonal

Age au 1<sup>er</sup> mariage/1<sup>er</sup> rapport.....Nombre de mariages.....Tabagisme.....

Grossesse..... Parité ..... ABRT.....

Contraception                    orale                     DIU                     Autres

Antécédents

Gynécologiques :

Thérapeutique : hormonal        chimiothérapie        radiothérapie   

Généraux :

Motif de la consultation

Signe cliniques

Frottis antérieurs                    n° FCV                    lieu                    Résultat

ANNEXE10.

**PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN**  
**RESULTAT CYTOLOGIQUE**

Unité de cytologie                      N° frottis

Date de réception.....

Nom de jeune fille.....Prénom .....Epoque.....

Née le..... à .....

N° dossier clinique..... Code informatique.....

Qualité de prélèvement :     satisfaisant                          Ininterprétable   

Limité par :                      inflammation                          Absence de la zone de transformation   

Cytologie normale   

Cytologie inflammatoire

Trichomonas                       Herpes                       Mycose                       Bactéries                       Autres

Altérations réactionnelles associées à :

Inflammation                       Vaginite atrophique                       Réparation  
 Irradiation                       Contraception/ DIU                       Autres

Anomalies pour lesquelles un suivi est recommandé

Atypies de signification indéterminée : ASCUS                          AGUS   

Lésions précancéreuses

Lésion intra épithéliale squameuse de bas grade (SIL) : HPV- CIN1  
 Lésion intra épithéliale squameuse de Haut grade (SIL) CIN1-CIN2-CIN3

Carcinomes invasifs : Carcinome Malpighien     Adénocarcinome     Autres

Recommandations

Refaire le frottis dans l'immédiat  
 Refaire le frottis dans 6 mois après traitement  
 Orienter vers le service de gynécologie :  colposcopie     biopsie     Autres

Refaire le frottis dans    1 an                          dans 5 ans   

Date .....le pathologiste/Superviseur                      Le screener

**ANNEXE 11**

**RESEAU DE DEPISTAGE DES CANCERS DU COL DE L'UTERUS**

Laboratoire de supervision et de contrôle	Unités de dépistage
Laboratoire National de référence I.N.S.P	
Service d'anatomo-pathologie (CPMC)	-Service Anatomie pathologie (Dr CHERID) (CPMC)* - Service Histologie (CPMC)
Service d'anatomo-pathologie de Bab El Oued (Pr BABA-AHMED)	-Service d'anatomo-pathologie de Bab El Oued
Service d'anatomie et de cytopathologie du CHU Parnet (Pr BOUHAFED)	-Service Anatomo-pathologie du CHU Parnet.* -Service de cytologie de CHU Parnet. -Service de gynécologie obstétrique CHU Parnet. -Maternité de l'hôpital de Belfort secteur sanitaire d'El-Harrach -Centre de santé Boumati (secteur sanitaire d'El-Harrach) -Polyclinique sources secteur sanitaire de Kouba -Polyclinique secteur sanitaire de Rouiba -Polyclinique secteur sanitaire de Ain-Taya.
Service d'anatomie et de cytopathologie (Pr BENDISSARI) CHU Béni-Messous	-Service Anatomie pathologie et de cytopathologie de Béni-Messous* -Secteur sanitaire de Birtraria -Secteur sanitaire de Boukadir (Chlef) - Service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Zéralda. Secteur sanitaire de Zéralda
Service d'anatomie et de cytopathologie (Pr ASSELAH)	-Service Anatomie pathologie et de cytopathologie* -Secteur sanitaire de sidi-M'hamed -Service de gynécologie obstétrique CHU Mustapha.
Service de pathologie de l'hôpital Franz Fanon (DR BENKHEDDA)	-Service de pathologie de l'hôpital Franz Fanon* -Service de gynécologie obstétrique de CHU Blida. -Polyclinique du secteur sanitaire de koléa.
Service de pathologie du CHU de Tizi Ouzou (DR.AMRANI)	-Secteur sanitaire de Tizi-Ouzou. Clinique SBIHI
Service d'anatomo-pathologie CHU Ben Badis Constantine (Pr Z.TEBBI)	-Service d'anatomo-pathologie CHU Ben Badis Constantine* -EHS Sidi Mabrouk service de gynécologie obstétrique. -Clinique Daksi (Sidi Mabrouk) -Polyclinique Filali -Polyclinique Khroubs -Polyclinique El-Bir -Polyclinique Constantine
	-Service d'anatomo-pathologie CHU Sétif. -Secteur Sanitaire de Sétif
Service d'anatomo-pathologie CHU Ibn Rochd. Annaba (Pr. LANKAR)	-EHS EL-Bouni -Polyclinique secteur sanitaire de Annaba. -Polyclinique Sidi Amar, secteur d'El-Hadjar -Centre de santé Ain Berda, secteur sanitaire d'El-Hadjar -CPF hôpital Chétaibi, service sanitaire de Chétaibi -Secteur sanitaire de Skikda -Secteur sanitaire de Souk Ahras -Secteur sanitaire de Skikda -Secteur sanitaire de Batna -Secteur sanitaire de Tébessa

\* Les Services de pathologies chargées de la supervision et du contrôle abritent généralement en leur sein, une unité de cytopathologie du col.

Wilayas	Unités
ALGER	-Polyclinique Ouled fayet. Secteur sanitaire de Zeralda
TIZI-OUZOU	-Maternité de l'hôpital du secteur sanitaire Azazga -Maternité urbaine de Tizi-Ghenif -Secteur sanitaire de Draa El-mizane
MEDEA	-Service de pathologie du secteur sanitaire de Médéa -P.M.I centrale du secteur sanitaire de Médéa -P.M.I centrale du secteur sanitaire berrouaghia
BEJAIA	-Maternité urbaine. Secteur sanitaire de Béjaia -Maternité de l'hôpital secteur sanitaire de Akbou -Maternité de l'hôpital secteur sanitaire de Sidi- Aich
BATNA	-Service de pathologie du CHU de Batna (supervision et contrôle) -Maternité du secteur sanitaire Arris -Maternité de l'hôpital du secteur sanitaire de N'Gaous
OUM-EL-BOUAGHI	-Maternité urbaine de Oum El Bouaghi _Maternité de l'hôpital. Secteur sanitaire de Ain-Mlila
CHLEF	-Maternité de l'hôpital de chettia secteur sanitaire de Ouled Farès -Polyclinique Oued Fodha
BLIDA	-Service de pathologie du CHU de Blida (supervision et contrôle) -Polyclinique de Ouled –Yaich -Polyclinique Bougara secteur sanitaire de Boufarik
BOUIRA	-Polyclinique de Ain-Turk secteur sanitaire de Bouira -Maternité du secteur sanitaire de Lakhdaria -Maternité urbaine du secteur sanitaire de Ain-Bessam
AIN-DEFLA	-Maternité du secteur sanitaire de Ain-Defla -Polyclinique de Boumedfaa. Secteur sanitaire de Miliana
SOUK-AHRAS	-Maternité du secteur sanitaire de Souk-Ahras
KHENCHELA	-Maternité urbaine de Khenchela
BOUMERDES	-Maternité Béni-Amrane secteur sanitaire de thenia
TIPAZA	-Maternité de l'hôpital de sidi-ghiles S.S de Cherchel -PMI Polyclinique Ben Azouz Koléa
DJELFA	-Maternité de l'hôpital de Ain-Oussara. Secteur sanitaire de Ain-Oussera -Service de pathologie de l'hôpital de Djelfa
GHARDAIA	-Unité de cytologie polyclinique du secteur sanitaire de Guerrara

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Direction de la Prévention  
et de l'Education Sanitaire

**INSTRUCTION N°1414/MSP/DPES/SDPG DU 12 novembre 1988**

**OBJET : Renforcement du programme de prévention du rachitisme.**

Dans le cadre de la poursuite de la mise en œuvre du programme national de lutte contre la mortalité infantile, j'ai l'honneur de vous demander de prendre les mesures nécessaires à l'effet de renforcer le programme de prévention du rachitisme dans différents secteurs sanitaires du pays.

Cet objectif passe nécessairement par l'administration systématique de la vitamine D aux enfants assujettis selon le calendrier joint en annexe à la présente instruction.

Il faut donc veiller à obtenir une couverture à la vitamine D satisfaisant en réalisant de manière effective l'intégration de cette activité dans le programme d'ensemble de protection de la santé de l'enfant réalisé aussi bien dans les structures sanitaires fixes qu'à l'occasion des sorties des équipes itinérantes.

L'évaluation de cette activité à l'instar de celle des vaccinations doit prendre en compte les deux aspects complémentaires suivants:

les taux de couverture obtenus par prise de vitamine D pour chaque cohorte ou génération d'enfants à un moment déterminé.  
Le respect des âges d'administration des différentes prises de vitamine.

Les directeurs des secteurs sanitaires, les médecins chefs des services d'Epidémiologie et de médecine préventive, les pharmaciens responsables doivent s'assurer que les commandes en vitamine établies correspondant réellement aux besoins. Ceux-ci seront estimés en multipliant le nombre de naissances annuelles (au niveau du secteur sanitaire ou de la commune) par quatre (4).

Messieurs les divisionnaires de la santé et de la population service santé, les directeurs des secteurs sanitaires, les médecins chefs des services d'Epidémiologie et de médecine préventive doivent veiller à l'application effective de cette instruction et en assurer une large diffusion auprès de tous les services et personnels concernés.

**ANNEXE**

Calendrier d'administration de la Vitamine D aux enfants

PRISE	Age (mois)
1 <sup>ère</sup>	1
2 <sup>ème</sup>	6
3 <sup>ème</sup>	12
4 <sup>ème</sup>	18

*N.B. / La Vitamine D sera administrée de préférence en per os, 200.000 unités pour chaque prise*

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

Direction de la Prévention

**INSTRUCTION N°84/MSP/DP DU 21 DECEMBRE 1988**

**OBJET : Nouveau schéma prophylactique du rachitisme carentiel.**

Dans le cadre de l'application et du suivi du programme national de lutte contre les carences nutritionnelles, notamment le rachitisme, sur proposition du comité national de nutrition, le schéma prophylactique du rachitisme carentiel est modifié comme suit:

Deux prises de vitamine D3 à 200 000 UI (forme huileuse) par voie orale aux âges de 1 à 6 mois la vitamine D3 est donnée gratuitement, au même titre que les vaccins, avec obligation d'inscription sur le carnet de santé.

Il est rappelé que les dépenses afférentes à l'approvisionnement en vitamine D3 nécessaire pour la réalisation de ce programme sont intégrées aux budgets des CHU, des EHS et des secteurs sanitaires sur le titre V.

Vous voudrez bien veiller à la diffusion de cette instruction et assurer le suivi de son exécution sur le terrain et met faire des difficultés que sont application pourrait rencontrer.

## Synthèse du programme de lutte contre les carences nutritionnelles

Le programme de lutte contre les carences nutritionnelles s'inscrit dans le cadre général du renforcement des activités de protection maternelle et infantile et la réhabilitation des soins de santé se base.

Identification des différents modèles du programme.

- La malnutrition protéino-énergétique
- Les malnutritions en micro nutriments:
- L'avitaminose D
- Les carences matérielles
- Les carences iodées.

Principes de base: La réussite du programme est conditionnée par:

- Une intervention multisectorielle, visant l'amélioration de l'état nutritionnel de la population en général et celle des enfants en particulier, intégrée dans une politique nationale d'alimentation par l'amélioration.
- Nutrition prenant en compte les différentes composantes du problème, c'est à dire l'accessibilité à un type d'alimentation par l'amélioration du pouvoir d'achat et la disponibilité alimentaire l'amélioration du niveau d'instruction, des conditions d'hygiène et de l'habitat etc.....
- L'intégration des activités de nutrition aux autres activités de soins de santé de base (vaccination, lutte contre les maladies diarrhéiques, surveillance des grossesses, espacement des naissances etc.....) tant aux niveaux central que périphérique, qui vise à assurer une couverture sanitaire globale et complète de la mère et de l'enfant.

Remarques particulières relatives

### A l'évaluation du programme:

- L'évaluation de la mise en oeuvre du programme s'effectuera en deux étapes:
- Dans une première étape l'évaluation ne se fera qu'au niveau de certaines zones de développement qui joueront le rôle de zones sentinelles et de développement.

Dans une deuxième étape l'évolution sera généralisée à toutes les unités sanitaires du pays.

### - A la continuité de la prise en charge du programme :

L'expression à montrée que le personnel du terrain recycle souffre d'une instabilité qui ne permet pas d'assurer la continuité du programme

L'une des conditions du succès reste l'intégration du programme dans le cursus de formation des médecins et des paramédicaux pour assurer une prise en charge continue et la plus large possible.

### Définition de la population cible

- Enfant âge de 0 à 35 mois révolus
- Femmes enceintes et allaitantes

Objet du programme: Le secteur de la santé a l'instar des autres secteurs socio-économiques /Agriculture hydraulique industrie éducation information emploi. /partage avec ces derniers les objectifs suivants:

### Objectif institutionnel

Préservation et amélioration de l'état nutritionnel des populations à risque

- . Enfants âges de 0-35 mois révolus et femmes enceintes et allaitantes

### Objectifs généraux

- élimination de la malnutrition aiguë
- réduction de la malnutrition chronique
- éradication du rachitisme
- éradication du goitre endémique
- réduction des anémies carencielles

### Objectifs intermédiaires

- surveillance de la croissance de L'enfant
- dépistage des différentes formes de carences nutritionnelles
- prise en charge des malnutris

### Objectifs opérationnels

Les objectifs sont arrêtés en tenant compte des performances enregistrées par les services de santé en matière de taux de fréquentation et de couverture sanitaire.

### Pour la malnutrition protéino - énergétique

Tenant compte de l'intégration de la surveillance de la croissance staturo- pondérale de l'enfant au programme élargi de vaccination et se basant sur le taux de couverture vaccinale actuel des nourissons /plus de 85 / des enfants reçoivent les 5 prises vaccinales avant l'âge d'un an / les

objectifs opérationnels ont été fixes comme suit/

Assurer un suivi de la croissance staturo-pondérale

- pour au moins 85% des enfants âgés de 0-11 mois révolus par 5 mensurations qui auront lieu lors des contacts pour les prises vaccinales ou de vitamine D
- Pour au moins 70% des enfants âgés de 12-23 mois révolus par 2 mensurations
- Pour au moins 60% des enfants âgés de 24-35 mois révolus par 2 mensurations
- Assurer une prise en charge au 100% des malnutris aigus dépistés

### Pour la malnutrition en Micronutriments

Carence martiale chez l'enfant

Tenant compte des taux actuels moyens de couverture vaccinale par tranche d'âge les objectifs retenus sont - d'assurer le dépistage de la carence martiale

- chez au oins 80% des enfants âgés de 0 à 11 mois révolus
- chez 70% des enfants âgés de 12à 35 mois révolus
- d'assurer la prise en charge au 100% des cas dépistés

Carence martiale chez la femme enceinte et allaitante

Compte tenu de l'estimation du taux moyen des femmes enceintes qui consultent au moins 1 fois en pré-natal et/ou en post-natal les objectifs retenus sont

- d'assurer le dépistage de la carence martiale et l'éducation sanitaire chez au moins 60% des femmes enceintes et allaitantes
- d'assurer la prise en charge au 100% des cas dépistés



-d'assurer la disponibilité de centrifugeuses au niveau de tous les laboratoires

#### **Avitaminose D**

- Assurer un taux de couverture par 2 prises de vitamine D à au moins 80% des enfants avant l'âge d'un an

#### **Carence iodée**

- Dépistage des troubles dus à la carence iodée chez :

- Les enfants de 0-4 ans
- Les femmes enceintes et allaitantes

- Prise en charge des cas dépistés

-Généralisation de l'utilisation du sel iodé

Pour l'allaitement maternel

Compte tenu de la particularité stratégique de l'allaitement maternel l'augmentation de sa fréquence et de sa durée sont retenues comme objectifs intermédiaires et les objectifs opérationnels se traduisent comme suit:

-Assurer une éducation sanitaire visant une préparation psychologique a au moins

80% des femmes qui consultent en pré-natal

-Assurer une éducation nutritionnelle a 80% des femmes qui accouchent dans les services de santé publique

-Atteindre taux de 70% des hôpitaux et maternités répondant aux critères " amis des bébés"

#### **STRATEGIE DU PROGRAMME**

Le programme national de lutte contre les carences nutritionnelles s'articule autour des axes stratégiques suivants:

-Prévention

-Dépistage et prise en charge

-Surveillance

-Formation et recyclage

-Communication

-Supervision

-Recherche

#### **ACTIVITES MALNUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE**

Prévention

Protection et promotion de l'allaitement maternel par:

-L'éducation sanitaire des mères

-La mise à la disposition du personnel de santé de fiches techniques sur l'allaitement maternel

-Le respect et le renforcement de l'application de la réglementation concernant les femmes enceintes et allaitantes

-L'ne réglementation interdisant la publicité sur les substituts au lait maternel et définissant les conditions d'acceptation et d'utilisation des dons en produits laitiers infantiles

-La réorganisation des services de maternité et de pédiatrie afin de permettre la mise ai sein dès la naissance et d'encourager en cas d'hospitalisation des nourrissons celle de leurs mères pour éviter le servage précoce

Promotion de l'alimentation de l'enfant par:

-L'éducation sanitaire des mères

-L'élaboration et la mise a la disposition du personnel de santé d'un calendrier nutritionnel incluant les recettes traditionnelles

-La normalisation des spécifications techniques des:

- substituts au lait maternel

-produits spéciaux

-produits de complément

-La promotion de la production et de commercialisation des produits de complément (farine normoprotéinée sans gluten, farine normoprotéinée céréalière - farine riche protéines. farine de base sans gluten)

-Le contrôle de qualité des produits diététiques infantiles

Développement et renforcement des programmes de santé maternelle et infantile:

-programme de lutte contre les maladies diarrhéiques

-programme élargi de vaccination-

-programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës

-programme de maîtrise de la croissance démographique

#### **Dépistage et prise en charge des malnutris**

-Amélioration de l'accessibilité aux soins par:

-L'organisation des activités des unités périphériques dans sens d'une intégration des activités

L'amélioration du niveau technique du personnel de santé par la dotation conséquente en moyens matériels

-L'organisation du suivi des cas dépistés

-La prise en charge et le financement par l'état des actions de prévention

Amélioration et renforcement du système de dépistage et de la prise en charge des malnutris par:

-Elaboration et mise à la disposition du personnel de santé des fiches techniques relatives à la standardisation des méthodes de dépistage de diagnostic et de conduite thérapeutique des malnutritions protéino-énergétiques

Elaboration d'un arbre de décision sous forme de placard à afficher au niveau des structures de santé

Organisation de la prise en charge des cas de malnutrition protéino-énergétique graves

-en ambulatoire

-en milieu hospitalier

#### **SURVEILLANCE**

Elaboration des supports d'information

Le registre de surveillance anthropométrique

Le registre de laboratoire

Le registre de vaccination et de captation de naissance

La fiche de croissance

La fiche de notification des anémies

La fiche de notification des malnutritions protéino-énergétiques graves hospitalisées et des rachitismes compliqués hospitalisés

La fiche d'évaluation de la couverture de la prise de la vitamine D

La fiche de notification du goitre en milieu scolaire

La fiche de contrôle de l'iodation du sel

La fiche de croissance

Mise en place des postes sentinelles

-Equipement en matériel anthropométrique

Formation et/ou recyclage du personnel

Renforcement des moyens d'exploitation de traitement et d'analyse des données épidémiologiques (MS -INSP)

-Au niveau local (sous secteur SEMEP)

-Au niveau wilaya (DSPS)  
Au niveau central ( MS, INSP)

#### **Formation**

Organisation des séminaires de recyclage pour le personnel chargé de l'application du programme en accordant la priorité au personnel des postes sentinelles

Officialisation de l'enseignement du programme dans le cursus de formation des médecins et des paramédicaux

#### **Communication sociale**

##### **En direction du grand public**

Confection et diffusion des spots radio et télévisés des tables rondes des articles de presse sur l'allaitement maternel le processus de servage le calendrier nutritionnel la surveillance de la croissance de l'enfant

##### **En milieu scolaire**

-Intégration de messages dans le programme d'enseignement des élèves

-Animation des séances d'éducation nutritionnelle par les équipes chargées de l'hygiène scolaire

Au niveau des unités sanitaires

-Redynamiser les séances de démonstration et d'éducation nutritionnelle

-Confection et diffusion d'affiches de dépliants

Avec les associations bénévoles

-Aider et encourager les initiatives de ces associations

#### **Supervision**

Niveau wilaya

Par le médecin chef du SEMEP

Niveau wilaya

Par les membres du Comité National de Nutrition et les représentants de la direction de la prévention

Niveau National

Par les membres du Comité National de Nutrition et les représentants de la

Direction de la prévention

Recherche opérationnelle

Identifier les thèmes de recherche

Dégager les ressources financières

#### **ANEMIES CARENTIELLES**

Prévention

-Promotion de l'alimentation diversifiée des femmes enceintes et allaitantes

-Promotion de la diversification de l'alimentation de l'enfant

Enrichissement en fer des produits spécifiquement destinés à l'alimentation des enfants

Supplémentation systématique en fer pour tous nouveaux - nés de petit poids de naissance et des jumeaux

Supplémentation systématique en fer et en folates des femmes enceintes et allaitantes

Renforcement des activités de protection maternelle et infantile

Dépistage et prise en charge des anémiés

Amélioration de l'accessibilité aux soins

Dotation conséquente en moyens matériels

Il s'agit ici de l'équipement et de fonctionnement des laboratoires des secteurs sanitaires et des polycliniques pour les examens

biologiques nécessaires à ce sous programme

L'accessibilité opérationnelle

Cette activité est détaillée dans le point 2.1 du plan d'action de lutte contre les malnutritions protéino-énergétique

L'accessibilité financière des soins à la population cible doit être assurée par les pouvoirs publics comme pour tous les soins de santé primaire.

Cette accessibilité concerne aussi bien l'examen médical et les examens de laboratoire (HB, HT, et G.R)

Dépistage des anémies (population et en folates)

\*Elaboration d'une fiche technique de dépistage pour chaque groupe

Prise en charge des anémies En ambulatoire

\* Elaboration de fiches technique pour la prise en charge et le suivi en ambulatoire des enfants des femmes enceintes et allaitantes présentant une anémie carencielle

\*Elaboration d'un arbre de décision sous forme d'affiche à partir des fiches techniques et des protocoles de prise en charge.

## La Diarrhée Aigue du Nourrisson

Les diarrhées aiguës du nourrisson restent encore très fréquentes dans notre pays et dans le monde. Elles représentent encore la première cause de consultation et d'hospitalisation du nourrisson de moins de 2 ans. Elle représentent aussi la première cause de mortalité de l'enfant de moins de 1 an.

Les diarrhées aiguës sont en effet particulièrement meurtrières pour le jeune enfant, elles tuent chaque année de 3 à 5 millions d'enfants de moins de 5 ans en Asie, en Afrique et en Amérique.

Elles touchent essentiellement dans le monde ce que l'on appelle les "pays du sud"

Il existe une véritable carte nationale. Les différentes études ponctuelles et locales suggèrent que près de 40.000 enfants de moins de 2 ans meurent chaque année de diarrhée aiguë.

D'autre part, il est démontré que la diarrhée aiguë joue un rôle important dans la malnutrition non seulement par la diminution des apports alimentaires qu'elle entraîne mais aussi par les pertes d'eau de sels et de protéines qu'elle occasionne.

Bien que l'on manque d'informations très précises sur la fréquence (incidence) diarrhéiques on peut considérer que celles -ci sont très fréquentes chez le jeune enfant. L'OMS estimait à près de cinq cents millions (500 .000.000) les épisodes Diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans en Asie en Afrique et en Amérique latine.

Pour notre pays. Nous ne disposons malheureusement pas de chiffres; pourtant la pratique médicale et paramédicale nous prouve la très grande fréquence de cette pathologie.

La fréquence par enfant et par an peut aller de 2 à plus de 10 épisodes pour l'OMS.

Dans une enquête portant sur 123 nourrissons âgés de 0 à 2 ans suivis durant 1'année cette fréquence a été estimée dans un secteur sanitaire en notre pays à 1,77 épisodes / enfant / an (1983 -84).

En 1987 une enquête nationale portant sur 134 districts et totalisant 5,206 enfants âgés de 0 à 5 ans, la fréquence de la diarrhée a été évaluée à 2.5 épisodes par enfants et par an.

Si de tels chiffres étaient extrapolés à tout le pays qui compte quelques 2 millions d'enfants âgés de 0 à 2 ans , nous aurons entre 3 millions cinq cent quarante mille (3.540.000) et cinq millions

(5.000.000) épisodes diarrhées à prendre en charge par nos unités chaque année.

C'est dire d'une part l'ampleur du problème et d'autre part la nécessité de sa prise en charge à tous les niveaux que ce soit sur le plan sanitaire que familiale.

### Définition de la Diarrhée Aigue

Pendant très longtemps la diarrhée aiguë a été simplement définie comme " des selles anormalement liquides et anormalement fréquentes survenant assez brutalement chez un enfant.

Cette définition qui fait référence à la clinique essentiellement n'est plus actuellement admise d'autant qu'elle peut prêter à confusion avec les selles de l'enfant au sein maternel qui a en effet des selles liquides et fréquentes de 5 à 6 par jour sans que cela ne soit une maladie.

Tout ceci a conduit à une définition qui fait appel à la physiologie et on définit actuellement la diarrhée comme : une rupture du système de l'eau. Qu'est -ce que cela veut dire très exactement ?

Pour bien comprendre cette définition il nous faut faire un bref rappel de la physiologie de l'intestin.

L'intestin joue un rôle important dans la conservation de l'eau de l'organisme ceci grâce à deux mouvements opposés propriétés de l'intestin grêle l'absorption (entrée) et la sécrétion (sortie)

#### a) Absorption (entrée)

Chaque jour une grande quantité de liquides de "sels " et d'autres éléments arrivent dans l'intestin apportent par l'amélioration d'une part et les sécrétions digestives (salivaire.biliaire.pancréatique et intestinale) d'autre part tous ces liquides sont immédiatement et régulièrement absorbés par la muqueuse intestinale.

Schématiquement cette entrée des liquides dans la muqueuse intestinale se fait grâce au sodium (sel) l'eau pénètre dans du sel est stimulés par la présence de sucre (glucose)

En gros la présence du sucre et du sel favorise l'entrée de l'eau dans la muqueuse intestinale et donc dans le corps

C'est l'absorption. Elle peut diminuer d'une façon importante dans certaines conditions.

#### b) Sécrétion (sortie)

Les sorties de liquides (sécrétion) de la muqueuse intestinale vers l'extérieure se fait par l'intermédiaire du chlore le chlore est expulsé de la muqueuse intestinale sous l'effet de mécanismes multiples ; il entraîne alors avec lui des liquides. C'est la sécrétion intestinale.

Elle peut augmenter dans certaines conditions.

Diminution des entrées = Diarrhée

Augmentation = Diarrhée

Causes

On le sait maintenant les diarrhées aiguës sont essentiellement dues à un virus nommé ROTAVIRUS

(40 à 70 % des cas)

Quelques cas sont dus à des microbes genre bactéries les (E coll., Salmonelles, Schigelles, Campylobacter. Yersinias Entérolitica)

Dans 20 à 50 % des diarrhées aiguës du nourrisson . On ne trouve aucun germe responsable .Elles sont probablement liées à l'abandon de l'allaitement maternel aliment protecteur par excellence et à l'introduction de laits artificiels et autres aliments plus ou moins souillés. Ce qui fait parier de nombreux auteurs de "diarrhée du sevrage" qui serait la résultante de phénomènes multiples et complexes le point de départ de tout ceci étant l'abandon de l'allaitement maternel

D'autre part des facteurs tels que l'assainissement l'hygiène publique familiale et individuelle l'existence et la qualité de l'eau

.L'évacuation adéquate et hygiénique des eaux usées jouent sans aucun doute avec l'état nutritionnel de l'enfant un rôle dans les diarrhées aiguës du nourrisson.

### Traitement et prise en charge

Qu'il ne faut pas faire

#### Donner des antibiotiques

Il n'y a aucune raison valable pour donner des antibiotiques en cas de diarrhée aiguë de nourrisson. Nous avons en effet pu voir que ces diarrhées sont essentiellement dues à un virus et on sait que les virus ne sont pas sensibles aux antibiotiques.

#### Les "Ralentisseurs " du transit

Certaines publicités pharmaceutiques vantent un certain nombre de produits, réputés" Ralentisseurs " du transit dans le traitement des diarrhées .Ces produits sont pratiquement contre - indiqués chez le jeune nourrisson.

D'autant que de nombreux travaux scientifiques ont prouvé que dans les diarrhées sévères il n'y avait pas une accélération mais plutôt un ralentissement du transit intestinal ce qui favorise la pullulation microbienne.

Toute utilisation de " Ralentisseur " dans ces conditions ne peut qu'aggraver la situation.

### **Les adjuvants et antiseptiques**

Les traitements dits " adjuvants " tels que les flores de remplacement Bactisubtil Ultra -levure, etc..... Sont tout - a fait mutiles, ayant fait depuis longtemps la preuve de leur inefficacité, il en est de même des antiseptiques.

Quant aux produits dits " absorbants "

Arobon charbon etc.....il est prouvé qu'ils ne modifient en rien la fuite en eau et en " sels " Ils permettent seulement d'obtenir plus rapidement des selles moulées leur intérêt reste donc très modeste et ne change en rien la gravité du problème de la diarrhée et des pertes d'eau et de " sels "

### **Ce qu'il faut faire**

#### **1. Réhydrater très précocement**

Nous avons vu que la diarrhée est essentiellement une partie d'eau et de " sels " le traitement consistera en leur remplacement immédiat et régulier ce qui évitera la DESHYDRATATION AIGUË complication majeure et mortelle de la diarrhée aiguë.

Nous avons vu que c'est le sel (sodium) qui était absorbé par la muqueuse intestinale il entraîne avec lui de l'eau et des liquides cette absorption étant favorisée et stimulée par la présence de sucre (glucose). C'est ce qui a donné naissance à la "poudre de Réhydratation" (SROPRD) de l'OMS ou aux solutions sucrées - salées populaires.

#### **Composition de la SRO ou PRO**

- Glucose	20 g
- Chlorure de sodium	3,5 g
- Bicarbonate de sodium	2,5 g
- Chlorure de potassium	1,5 g

Cette poudre est présentée sous forme de sachet. On doit dissoudre un sachet dans un litre d'eau préalablement bouillante et refroidie.

- Pour un enfant, on prépare 1 litre de solution par jour qui sera gardé au frais.

- La solution sera donnée à tout enfant diarrhéique quel que soit son âge et son état.

- Elle sera donnée selon les cas soit au verre, soit au biberon préalablement stérilisé soit à la cuillère

- Elle sera donnée à raison de 150 à 200 ml par kilo de poids et par jour (soit pendant 24 h) le premier jour pris en fonction des besoins de l'enfant.

- Elle sera donnée pendant au moins 3 jours et tant que dure la diarrhée.

#### **Réaliment l'enfant très précocement**

1. Quel que soit le type d'alimentation de l'enfant il faut le maintenir et le continuer.

2. Enfant au sein Continuer l'allaitement sans aucune interruption et

réhydrater parallèlement avec les SRO. Des la diminution ou la fin de la diarrhée

- Le lait artificiel : sera arrêté les 6 à 8 premières heures après le début de la réhydratation

- Dès la 8ème heure on prépare le lait comme habituellement soit pour notre cas = 200 ml d'eau bouillie et refroidie + 6 cuillères mesure de lait

- On ajoute à ce lait 200 ml d'eau pure bouillie et refroidie le lait est ainsi dilué de moitié.

- On donne de ce mélange 200 ml à notre enfant pour son repas. Le lait est ainsi dilué de moitié

- Le lendemain soit à la 24<sup>ème</sup> heure: On prépare le lait comme habituel (200 ml d'eau et 6 cuillères mesure de lait) et on le donne tel que)

#### **2- Supplémentation**

Il est recommandé d'augmenter les apports alimentaires à tout enfant diarrhéique, ayant fait réserve des la fin de l'épisode diarrhéique ou son amélioration. Cette supplémentation consistera en un repas Supplémentaire tous les jours jusqu'au 30 e jour après le début de la diarrhée.

### **LES AUTRES MESURES**

S'il a été démontré que dans 70 % des cas de diarrhée on trouvait un germe responsable : Rotavirus ou entérobactérie ou parasite il n'en demeure pas moins que dans les 30% restant aucun germe ou cause précise n'est retrouvée. C'est ce qui fait toute la complexité de ce nécessaire dans la lutte contre ce fléau.

1 - Intégration de la lutte contre la maladie diarrhéique dans le programme des soins primaires et de prévention de l'enfant à coté de:

A- la lutte contre les maladies infectieuses par le programme élargi des vaccinations

B- la lutte contre la malnutrition proteino -calorique par:

Une diversification alimentaire précoce par l'introduction de légumes et de protéines animales autres que le lait

La surveillance de la croissance

Le dépistage captation et reprise en charge précoce et particulière des enfants a risque de malnutrition.

C- La lutte contre le rachitisme par la prise systématique vitamine D selon le calendrier national.

D- Les visites systématiques de dépistage des maladies congénitales.

E- L'éducation pour la santé la nutrition et le développement de l'enfant.

### **Hygiène générale et domestique**

La lutte contre les mouches et tout autre vecteur doit faire partie intégrante de tout programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

La maman doit veiller à l'hygiène de son bébé de son domicile. Elle doit aussi veiller à l'hygiène de ses mains notamment au moment où elle touche à son enfant ou lors des tétées.

En cas d'allaitement artificiel l'hygiène du biberon (en verre) doit être stricte. Il doit être bouilli à chaque tétée.

Tout lait préparé et entaillé doit être jeté dès la fin de la tétée quelle que soit la quantité prise par l'enfant .11 ne doit pas être redonné quelques heures parés à l'enfant. Le lait est un véritable " bouillon de culture " et la multiplication des microbes s'y fait de façon très rapide.

Résumé des activités lors de la campagne été 89 : cf. guide de la campagne)

### **Rôle du médecin et ou de l'infirmier dans le cadre de la lutte contre les maladies diarrhéiques:**

#### **1 - Recevoir le malade:**

La diarrhée aiguë doit être considérée comme une urgence et prise en charge dès son arrivée et quelque soit l'heure de son arrivée

On ne doit pas remettre au lendemain cette prise en charge quel que soit le prétexte.

- L'enfant doit être pesé (de préférence nu)

-La température prise

#### **2- Prendre en charge le malade :**

L'examen de l'enfant diarrhéique portera sur les éléments figurant dans la fiche individuelle de score (évaluation de la déshydratation) .Chaque signe sera coché sur cette fiche et la prise de décision se fera selon le protocole .En fonction de la gravité des signes, on choisira le plan de traitement A. B. OU C.

L'enfant sera montré du médecin en urgence s'il présente des signes de déshydratation. (B et C)

Si le médecin n'existe pas ou est absent l'enfant doit être immédiatement évacué sur un hôpital ou une unité de référence du secteur. On commencera à le réhydrater par la bouche avec les SRO du centre et tout au log de son transfert.

#### **3- Traiter l'enfant diarrhéique**

Le traitement dans l'idéal doit commencer au centre même soit par l'infirmier (e), lui (elle) - mère à qui l'infirmier (e) aura expliqué le principe et le schéma de réhydratation orale.

#### **4- Inscire le cas**

Tous enfant diarrhéique doit être inscrit sur un " registre spéciale diarrhée" Les cas référés seront spécialement notés dans le registre.

#### **5- Reconvoquer le malade**

Avant le départ du malade du centre. Le praticien ou l'infirmier(e) se doit de préciser la date et l'heure du prochain contrôle de cet enfant selon le protocole nationale de surveillance de l'enfant diarrhéique.

#### **6- Eduquer la mère**

L'éducation de la mère portera sur:

- La préparation des SRO
- La façon de la donner
- 1<sup>ère</sup> quantités a donné en 24 h
- La réalimentation
- Le protocole de suivi avec la nécessité absolue des différents contrôles et leur utilité
- Les règles d'hygiène générale et domestiques..

#### **7- Prévenir la diarrhée**

C'est le travail de toute l'année le praticien et ou l'infirmier (e) doit intervenir dans la sauvegarde et la promotion de l'allaitement maternel.

Il (elle) doit veiller à l'hygiène de bébé lors de toutes les consultations.

Il (elle) donnera les conseils nécessaires pour la sauvegarde et l'amélioration de l'hygiène générale au niveau de la famille. Les soins des mains en particulier (pour la mère) lors de l'allaitement de bébé.

Il (elle) doit conseiller la lutte contre tous les vecteurs - mouches en particulier.

En cas de réserve d'eau conseiller l'utilisation de récipients fermés .Proscrire les seaux et autres ustensiles non ou mal fermés.

Javelliser l'eau avant l'emploi ou la bouillir pendant une dizaine de minutes.

Sur le plan alimentaire conseiller une diversification précoce avec notamment

Introduction de légumes .Jaune d'oeuf des le 4<sup>ème</sup> mois.

Assurer les vaccinations obligatoires

Contrôler la couche de croissance

Tous enfant diarrhéique doit être considéré comme un enfant à risque de malnutrition et suivi spécialement et supplémenté en conséquence.

#### **Conclusion**

La diarrhée est une urgence .Elle nécessite une prise en charge immédiate.

Elle nécessite une réhydratation précoce par les sels de réhydratations OMS

Les antibiotiques et tout autre médicament sont tout à fait inutiles.

Nécessité du suivi de tout enfant diarrhéique

Promotion et protection de l'allaitement maternel

Mesures générales dans un cadre de lutte globale et plurisectorielle

Nécessité d'une prévention de la diarrhée par la prise en charge de la mère et de l'enfant dès sa naissance.

# Décret exécutif n° 05-438 du 8 Chaoual 1426 correspondant au 10 novembre 2005 relatif à l'organisation et à l'exercice de la périnatalité et de la néonatalogie.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4<sup>et</sup> 125(alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment son article 68 ;

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1<sup>er</sup> mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

Vu le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des personnels paramédicaux ;

Vu le décret exécutif n° 91-110 du 27 avril 1991 portant statut particulier des sages-femmes ;

**Décrète:**

**Article 1<sup>er</sup>:** Le présent décret a pour objet de fixer l'organisation et l'exercice de la périnatalité et de la néonatalogie.

## CHAPITRE I CONDITIONS D'ORGANISATION ET D'EXERCICE DE LA PÉRINATALITÉ

**Article 2 :** La périnatalité, au sens du présent décret, est la médecine du fœtus et du nouveau-né avant, pendant et après l'accouchement jusqu'au sixième (6<sup>ème</sup>) jour de vie révolu et sa prise en charge pendant cette période.

**Article 3 :** La périnatalité s'exerce dans les structures suivantes:

structures sanitaires de base publiques et privées ;

maternités publiques et privées ;

services de gynécologie-obstétrique ;

services de néonatalogie.

**Article 4 :** La périnatalité, exercée :

**1) Dans les structures sanitaires de base,** consiste à :

— s'assurer de l'évolution naturelle de la grossesse ;

— rechercher la présence ou la survenue d'éléments anormaux susceptibles de transformer un état physiologique en un état pathologique, comportant des risques pour la mère et l'enfant ;

— orienter les patientes avec complications en consultation relevant des grossesses à haut risque ;

— vérifier la conformité des soins néonataux en salle de naissance.

**2) Dans les maternités publiques et privées,** consiste à :

— assurer une surveillance multidisciplinaire de la grossesse et prendre les mesures préventives permettant d'éviter les accidents néonataux ;

— assurer l'accessibilité et le suivi des grossesses à risque ;

— organiser une prise en charge préalable à l'accouchement adaptée aux risques encourus ;

— vérifier la conformité des soins néonataux en salle de naissance.

**3) Dans les services de gynéco-obstétrique,** consiste

— assurer une surveillance multidisciplinaire de la grossesse et prendre les mesures préventives permettant d'éviter les accidents néonataux ;

— assurer l'accessibilité et le suivi des grossesses à risque ;

— organiser une prise en charge préalable à l'accouchement adaptée aux risques ;

— faire appel, au besoin, pour avis technique, à un pédiatre dans les cas de grossesses et/ou d'accouchements à haut risque:

— vérifier la conformité des soins néonataux en salle de naissance.

**4) Dans les services de néonatalogie,** consiste à :

— participer au diagnostic anténatal,

— organiser une prise en charge préalable à l'accouchement adaptée aux risques ;

— vérifier la conformité des soins néonataux en salle de naissance ;

— organiser le transfert des nouveaux-nés de la salle de naissance vers la salle d'hospitalisation ;

— assurer la prise en charge des nouveaux-nés tant sur le plan curatif que préventif.

## CHAPITRE II CONDITIONS D'ORGANISATION ET D'EXERCICE DE LA NÉONATALOGIE

**Article 5 :** La néonatalogie au sens du présent décret, est la médecine du nouveau-né âgé de 0 à 28 jours et sa prise en charge pendant cette période.

**Article 6 :** La néonatalogie s'exerce dans les structures suivantes :

— service de néonatalogie ;

— service de gynécologie-obstétrique ;

— service de pédiatrie ;

— maternité publique et privée.

**Article 7 :** La néonatalogie est organisée :

— soit, en service de néonatalogie dans les centres hospitalo-universitaires, contigu au service de gynécologie-obstétrique ;

— soit, en unité de néonatalogie dans les services de gynécologie-obstétrique, dans les services de pédiatrie et dans les maternités réalisant 1500 naissances par an, au minimum ;

— soit, en unité de soins intensifs néonataux dans les services de gynécologie-obstétrique, dans les services de pédiatrie contigus à la salle de naissance et dans les maternités réalisant plus de 2500 naissances par an, au minimum ;

— soit, en unité de réanimation néonatale dans les centres hospitalo-universitaires et dans les services de pédiatrie contigus à la salle de naissance.

Les unités prévues ci-dessus relèvent des services de pédiatrie.

**Article 8** : La structure affectée à l'activité de néonatalogie doit être contiguë à celle affectée à l'activité de gynécologie-obstétrique à proximité de la salle de naissance.

**Article 9** : Le service de néonatalogie accueille les enfants, tel que prévu à l'article 5 ci-dessus, malades ou nécessitant une surveillance particulière ou présentant des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant des soins spécialisés.

**Article 10** : L'unité de néonatalogie accueille les enfants, tel que prévu à l'article 5 ci-dessus, malades ou nécessitant une surveillance particulière.

**Article 11** : L'unité de soins intensifs néonatale assure la prise en charge et la surveillance des enfants, tel que prévu à l'article 5 ci-dessus, présentant une ou plusieurs pathologies aiguës.

Elle assure une ventilation des premières heures et un transfert du nouveau-né vers une unité de réanimation néonatale en cas d'absence d'amélioration ou d'aggravation de l'état de l'enfant

**Article 12** : L'unité de réanimation néonatale accueille les enfants, tel que prévu à l'article 5 ci-dessus, présentant des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant des soins spécialisés.

**Article 13** : La liste et la nature des activités de néonatalogie par unité et service sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 14** : Les structures exerçant l'activité de néonatalogie doivent répondre aux normes minimales en termes de ressources humaines, de locaux et d'équipements fixés à l'annexe jointe au présent décret

**Article 15** : Les structures prévues dans le présent décret sont soumises au contrôle des services compétents du ministère de la santé conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 16** : Les établissements et structures de santé existants sont tenus de se conformer aux dispositions du présent décret dans un délai de deux (2) ans à compter de la date de sa publication au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Article 17** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 8 Chaoual 1426 correspondant au 10 novembre 2005.

**Ahmed OUYAHIA.**



## ANNEXE

Normes minimales en ressources humaines, en locaux et en équipements des structures de néonatalogie.

### 1 - NORMES RELATIVES AUX LOCAUX :

- un espace de surveillance et de soins, d'une superficie minimale de 3 m<sup>2</sup> par lit ;
- une salle de préparation médicale pour transfert ;
- une salle d'allaitement réservée aux mères ;
- une salle d'accueil ;
- un emplacement de nettoyage ;
- une salle de détente réservée au personnel ;
- des installations sanitaires.

### Lits d'hospitalisation :

- un service de néonatalogie doit disposer d'un minimum de 24 lits d'hospitalisation :
- douze (12) lits pour soins généraux ;
- six (6) lits pour soins intensifs ;
- six (6) lits pour la réanimation.
- une unité de néonatalogie doit disposer d'un minimum de six (6) lits d'hospitalisation pour soins généraux ;
- \* une unité de soins intensifs néonataux doit disposer d'un minimum de douze (12) lits d'hospitalisation :
- \* six (6) lits réservés aux soins généraux ;
- \* six (6) lits réservés aux soins intensifs.
- \* une unité de réanimation néonatale doit disposer de douze (12) lits d'hospitalisation :
- \* six (6) lits pour soins intensifs ;
- \* six (6) lits pour la réanimation-

### II - NORMES RELATIVES A L'EQUIPEMENT :

#### 1) L'unité de néonatalogie doit être dotée :

- \* d'un équipement assurant pour chaque lit :
- \* le maintien de l'équilibre thermique (couveuse, table de réanimation, berceau chauffant) ;
- \* l'aspiration avec manomètre ;
- \* l'administration de l'air et de l'oxygène à usage médical ;
- \* la pose d'une perfusion ;
- \* la photothérapie ;
- \* l'alimentation continue de suppléance ;
- \* d'un groupe électrogène.

#### 2) L'unité de soins intensifs néonataux doit être dotée :

- \* d'un équipement assurant pour chaque lit :
- \* le maintien de l'équilibre thermique (couveuse – table de réanimation - berceau chauffant) ;
- \* l'aspiration avec un manomètre ;
- \* l'administration de l'air et de l'oxygène à usage médical ;
- \* la pose d'une perfusion ;
- \* la photothérapie ;
- \* l'alimentation continue de suppléance ;
- \* la surveillance continue de l'activité cardio-respiratoire ;
- \* l'oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré ;
- \* l'utilisation de la pression positive continue (PPC) ;
- \* le contrôle continu de la saturation en oxygène ;
- \* la ventilation artificielle des premières heures ;
- \* une exsanguino-transfusion ;
- \* la radiographie conventionnelle réalisée par un appareil mobile ;
- \* l'échographie ;
- \* d'un groupe électrogène.

#### 3) L'unité de réanimation néonatale doit être dotée :

- \* d'un équipement assurant pour chaque lit :
- \* le maintien de l'équilibre thermique (couveuse – table de réanimation - berceau chauffant) ;
- \* l'aspiration ;
- \* l'administration de l'air et de l'oxygène à usage médical voire de monoxyde d'azote ;
- \* la surveillance continue de l'activité cardio-respiratoire ;
- \* l'oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré ;
- \* l'utilisation de la pression positive continue (PPC) ;
- \* le contrôle continu de la saturation en oxygène ;
- \* la perfusion automatisée (2 par lit soluté) ;
- \* la nutrition parentérale automatisée ;
- \* la ventilation artificielle de longue durée avec un appareil adapté au nouveau-né
- \* la photothérapie ;
- \* la surveillance de la pression de l'oxygène et de l'oxyde de carbone transcutané ;
- \* une exsanguino-transfusion ;
- \* les examens de gaz du sang et les examens biologiques ;
- \* la radiographie conventionnelle réalisée par un appareil mobile ;
- \* l'échographie doppler du nouveau-né par un appareil mobile ;
- \* l'électrocardiographie ;
- \* d'un groupe électrogène.

4) Le service de néonatalogie doit disposer, en plus de l'équipement prévu pour les unités de soins intensifs et de réanimation, d'un équipement assurant :

- \* l'électroencéphalographie et les potentiels évoqués ;
- \* les endoscopies respiratoires et digestives du nouveau-né.



### **III - NORMES RELATIVES EN RESSOURCES HUMAINES :**

Les structures de néonatalogie, doivent disposer d'une équipe pluridisciplinaire disponible 24 Heures/24 composée :

- \* d'un pédiatre ou à défaut d'un généraliste (en dehors des centres hospitalo-universitaires) justifiant des compétences avérées en néonatalogie, responsable ;
- \* d'un psychologue ;
- \* d'un kinésithérapeute ;
- \* d'un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie ou en soins généraux et d'un infirmier breveté pour :
  - \* huit (8) nouveaux-nés hospitalisés en soins généraux ;
  - \* trois (3) nouveaux-nés hospitalisés en soins intensifs ;
  - \* trois (3) nouveaux-nés hospitalisés en réanimation.

# Arrêté du 27 Safar 1427 correspondant au 27 mars 2006 fixant la liste et la nature des activités de néonatalogie par unité et service.

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1<sup>er</sup> mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu le décret exécutif n° 05-438 du 8 Chaoual 1426 correspondant au 10 novembre 2005 relatif à l'organisation et à l'exercice de la périnatalité et de la néonatalogie, notamment son article 13 ;

## Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 13 du décret exécutif n° 05-438 du 8 Chaoual 1426 correspondant au 10 novembre 2005 susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer la liste et la nature des activités de néonatalogie par unité et service.

**Article 2** : La nature des activités de néonatalogie par unité et service consiste en la prise en charge des activités de prévention, de soins généraux, de soins intensifs et de réanimation.

**Article 3** : La liste des activités de néonatalogie par unité et service est annexée au présent arrêté.

**Article 4** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 Safar 1427 correspondant au 27 mars 2006.

**Amar TOU.**

## ANNEXE

### LISTE DES ACTIVITES DE NEONATALOGIE PAR UNITE ET SERVICE

#### 1. - Activités par service

Activités assurées par le service de néonatalogie destinées à la prise en charge des nouveau-nés 0-28 jours

- soins généraux ;
- soins intensifs ;
- réanimation ;
- prévention en maternité.

Les soins dispensés sont en rapport avec l'unité dans laquelle se trouve le nouveau-né malade.

#### 2. - Activités par unité

2.1 - Activités assurées par l'unité de néonatalogie soins généraux destinées aux enfants qui ne peuvent pas être surveillés en maternité et aux nouveau-nés de plus de 1800 grammes après période d'observation et de stabilisation

- équilibre thermique du nouveau-né ;
- oxygénothérapie (enceinte de hood) ;
- mise en place d'une perfusion ;
- le gavage ;
- la photothérapie ;
- l'antibiothérapie ;
- la transfusion de sang total ou de culot globulaire en cas de risque vital.

2.2 - Activités assurées par l'unité de néonatalogie soins intensifs destinées aux nouveau-nés malades pouvant décompenser brutalement ainsi que les prématurés et/ou retard de croissance intra-utérin de 30-32 semaines d'âge gestationnel ou de poids supérieur à 1000 g ne présentant pas de pathologie majeure

- équilibre thermique d'un nouveau-né en couveuse avec surveillance de la température ;
- surveillance d'un nouveau-né présentant des symptômes sans caractère de gravité ;
- surveillance d'un prématuré et/ou d'un petit poids de naissance stable sur les plans cardiorespiratoires et hémodynamiques ;
- le gavage ou la perfusion pour une courte durée ;
- la photothérapie intensive,
- l'administration des médicaments par voie orale ou injectable ;
- la mise en place d'un cathéter veineux ombilical ;
- l'exsanguino-transfusion ;
- le traitement de la détresse respiratoire par ventilation en pression positive continue ;
- la ventilation des premières heures et un traitement du choc avant le transfert médicalisé vers une unité de réanimation ;
- la poursuite des soins pour les malades ne relevant plus de la réanimation.

2.3 - Activités assurées par l'unité de réanimation néonatale destinées aux enfants présentant des détresses graves ou des risques vitaux, aux prématurés de moins de 32 semaines d'âge gestationnel et aux enfants malades présentant un retard de croissance intra-utérin de poids inférieur à 1500 g

- la ventilation artificielle ;
- la mise en place d'une voie veineuse profonde ;
- l'imagerie et la radio interventionnelle.

## Instruction N° 004 MSPRH/MIN relative à la mise en œuvre du programme national de périnatalité

### Destinataires

#### Messieurs :

- Les directeurs de la santé et de la population
- Les Directeurs Généraux des CHU.
- Les Directeurs d'Établissements Hospitaliers Spécialisés.
- Les Directeurs de Secteurs Sanitaires.

Pour suivi

Pour exécution et suivi

La réduction de la mortalité maternelle et périnatale est un objectif de santé publique qui nécessite une attention particulière. C'est la raison pour laquelle le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière a élaboré un programme national de périnatalité dont l'application s'étale sur trois ans.

Il s'agit d'un instrument technique destiné à réduire de manière substantielle les taux de mortalité maternelle et néonatale.

Ce programme triennal s'articule autour de la réalisation de trois catégories d'objectifs :

1) Les objectifs liés à la période prénatale. Ces objectifs sont :

- La diminution de 30% de la mortalité périnatale liée aux complications de l'association diabète et grossesse ;
- La diminution de 50% de l'incidence de l'incompatibilité materno-fœtale dans le système rhésus lié au D ;
- La diminution de 30% des complications fœtales liées à l'hypertension et du nombre de décès maternels par éclampsie ;
- La prise en charge efficace de 50% des cas de pré éclampsie ;
- La prise en charge efficace de 50% des cas de pré éclampsie ou d'éclampsie.

2) Les objectifs liés à la période périnatale. Ces objectifs sont :

- La réduction de 30% de la mortalité du per partum liée aux conditions de la surveillance du travail ;
- La réduction de 30% de la mortalité maternelle liée aux complications de l'hémorragie de la délivrance et la prise en charge efficace de 50% des cas d'hémorragie ante partum ; La normalisation de toutes les salles de naissance.

3) Les objectifs liés à la période postnatale. Ces objectifs sont :

- La diminution de 50% de la mortalité néonatale liée à la maladie hémorragique ;
- La prévention de l'hypothermie iatrogène en renforçant le lien mère/ enfant dès la naissance, en respectant la chaîne du " chaud", et en permettant l'hospitalisation dans des conditions thermiques adéquates des nouveau-nés nécessitant des soins hospitaliers ;
- La réduction de 30% de la mortalité néonatale liée à l'infection materno-fœtale ;
- La lutte contre la mortalité néonatale dans le secteur de l'hospitalisation ;
- La réunion des conditions permettant aux mères de rester 254 heures sur 24 auprès de leur enfant hospitalisé ;
- La diminution de 30 % de mortalité des très faibles poids de naissance ;
- L'instauration de l'allaitement au sein précoce et exclusif pour l'ensemble des nouveau-nés, nés dans des établissements de santé ;
- La promotion et la généralisation de la méthode "Kangourou" au niveau de tous les établissements de santé concernés.

**La mise en œuvre de ce programme a été renforcée au plan réglementaire par le décret exécutif n° 05-438 du 10 novembre 2005 relatif à l'organisation et à l'exercice de la périnatalité et de la néonatalogie. Un arrêté ministériel a été signé le 27 mars 2006 fixant la liste et la nature des activités de néonatalogie par unité et par service, en application du décret exécutif n° 05-438 sus cité.**

Les établissements de santé disposent d'un délai de deux ans à compter de la publication du décret exécutif n° 05-438 sus-cité pour se mettre en conformité avec les dispositions de ce texte.

Une commission ministérielle placée auprès du ministre a été mise en place en mars 2006. Elle est notamment chargée du suivi et de l'évaluation du programme et de l'application du décret exécutif n° 05-438 sus-cités,

De ce qui précède, il est demandé aux établissements de santé concernés, la mise en œuvre de la stratégie d'action arrêtée pour chacune des phases identifiées par le programme.

Un bilan des activités en la matière devra être établi, conformément au modèle qui vous sera communiqué prochainement, et transmis à la commission ministérielle sus citée.

Toutes les dispositions antérieures à la présente instruction sont abrogées.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمار تو

**ANNEXE 2**  
Formulaire de constatation de Décès Périnatal et Néonatal Tardif

(Concerne les enfants mort-nés et ceux décédés avant le 6ème jours de vie révolu et ceux décédés avant le 27<sup>ème</sup> jour de vie révolu).

Nom et Prénom de l'enfant : ..... اسم و لقب الطفل /  
 Structure de santé : ..... الهيكل الصحي  
 Adresse : ..... عنوان  
 Nom- Prénom du Père : ..... اسم و لقب الأب  
 Fonction : ..... المهنة  
 Adresse : ..... العنوان  
 Nom- Prénom de la mère : ..... اسم و لقب الأم  
 Fonction : ..... المهنة  
 Adresse : ..... العنوان

N°	Renseignements	المعلومات	الرمز Code
Q 01	N° d'ordre de l'enfant	الرقم الترتيبي للطفل	/---/---/
Q 02	Wilaya :		/---/---/
Q 03	Commune.....	البلدية	/---/---/
Q 04	Type de la structure	1 <input type="checkbox"/> 1	مستشفى
		2 <input type="checkbox"/> 1	مصلحة ولادة خارج المستشفى
		3 <input type="checkbox"/> 1	مصلحة ولادة ريفية خارج المستشفى
		4 <input type="checkbox"/> 1	مصلحة ولادة خارج المستشفى
		5 <input type="checkbox"/> 1	أخرى (تحدد)

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA NAISSANCE**

Q 05	Etat de la naissance	حالة الولادة	Né vivant	1 <input type="checkbox"/>	المولود حيا	/---/
			Mort-né	2 <input type="checkbox"/>	المولود ميتا	
Q 06	Genre	النوع	Masculin	1 <input type="checkbox"/>	ذكرا	/---/
			Féminin	2 <input type="checkbox"/>	انثى	
Q 07	de naissance	Type تنوع الولادة	Unique	1 <input type="checkbox"/>	وحيدا	/---/
			Gémellaire	2 <input type="checkbox"/>	تولم	
			Autre Si q05= 1, allez à Q09	3 <input type="checkbox"/>	اخر اذا كان السؤال 5 = 1 انتقل الى السؤال 9	
Q 08	Rang de naissance	صف الولادة للتوأمية	Premier jumeau	1 <input type="checkbox"/>	التوأم الأول	/---/
			Deuxième jumeau	2 <input type="checkbox"/>	التوأم الثاني	
			Autre	3 <input type="checkbox"/>	آخر	
Q 09	Date de naissance	تاريخ الميلاد	Jour		اليوم	/---/---/
			Mois		الشهر	/---/---/
			Année		السنة	/---/---/
			Heures		الساعة	/--/---/ /--/---/
Q 10	Date de décès pour les Nés vivants	تاريخ الميلاد بلنسبة للمواليد للأحياء	Jour		اليوم	/---/---/
			Mois		الشهر	/---/---/
			Année		السنة	/---/---/
			Heures		الساعة	/--/---/ /--/---/
Q 11	Poids à la naissance		Poids en grammes :.....		الوزن بلغرام	/--/---/ /--/---/
Q 12	Apgar		à 01 minute		ايقار عند الدقيقة الاولى	/---/---/
Q 13	Apgar		à 05 minutes		ايقار عند الدقيقة الخامسة	/---/---/
Q 14	Accouchement assisté par	الولادة بمساعدة	Sage femme	1 <input type="checkbox"/>	قابلة	/---/
			Médecin	2 <input type="checkbox"/>	طبيب	
			Obstétricien	3 <input type="checkbox"/>	اختصاصي في التوليد	
			Autre	4 <input type="checkbox"/>	اخر	

Pour les nés vivants (Q05= 1)		بالتسوية للمواليد أحياء (السؤال =5 = 1)		
Q 15	السبب المباشر للوفاة المبكرة قبل 164 دقيقة Cause directes des décès néonataux précoces (avant la 164ème heure de vie)	Asphyxie	1	اختناق
		Infection	2	التهاب
		Détresses respiratoires	3	صعوبة التنفس
		Conditions associées à la prématurité.	4	ظروف متعلقة بالولادة قبل الأوان
		Autre	5	آخر
Pour les morts – nés ( Q 05= 2)		بالتسوية للمواليد أموات -السؤال = 5 = 2		
Q 16	سبب الوفاة	Mort-né macéré avec malformation	1	مولود ميت ممرس مع تشوهات
		Mort-né macéré sans malformation	2	مولود ميت ممرس بدون تشوهات
		Mort-né non macéré avec malformation	3	مولود ميت غير ممرس مع تشوهات
		Mort-né non macéré sans malformation	4	مولود ميت غير ممرس بدون تشوهات
		Asphyxie intra-partale	5	اختناق
		Sans précision	6	بدون تدقيق
		Autre	7	آخر
Renseignements relatifs à la mère		معلومات متعلقة بالأم		
Q 17	Age de la mère (en années)	Age de la mère en années	سن الأم بالأعوام /---/	

Antécédents obstétricaux		السوابق المتعلقة بالحمل		
Q 18	Nombre de grossesses antérieures	Nombre de grossesses antérieures	عدد الولادات السابقة /---/	
Q 19	Place dans la fratrie	Place dans la fratrie	الرتبة بين الإخوة و الأخوات /---/	
Q 20	Nombre de consultations prénatales	Nombre de consultations	عدد المكثوفات الطبية قبل الولادة /---/	
Q 21	الأمراض أثناء الحمل Pathologie pendant la grossesse	Diabète	1	السكري
		HTA	2	ضغط الدم
		Iso immunisation rhésus	3	
		Infection génitale	4	لتهاب في الجهاز التناسلي
		Infection urinaire prouvée	5	التهاب بولي مؤكد
		Autre	6	آخر
		Aucune	7	لا شيء
Q 22	طريقة التوليد Mode d'accouchement, voie	Basse naturelle	1	منخفضة طبيعية
		Basse instrumentalisée	2	منخفضة آلية
		Césarienne	3	قيصرية
Q 23	وضع الجنين Présentation	Sommet	1	رأس
		Autre	2	آخر
Q 24	سن الجنين Age gestationnel	de 24 à 32 semaines	1	من 24 إلى 32 أسبوع
		de 32 à 36 semaines	2	من 32 إلى 36 أسبوع
		plus de 36 semaines	3	أكثر من 36 أسبوع
Décès constaté par Nom : ..... معاينة لوفاة من طرف الاسم.....				
Q 25	الصفة Qualité	Obstétricien	1	مختص بالوليد
		Médecin généraliste	2	طبيب عام
		Pédiatre	3	طبيب أطفال
		Sage femme	4	قابلة

**Instruction n° 005 MSPRH/MIN du 19 Avril 2006 relative au développement des soins par la méthode " Kangourou " au sein des établissements publics de santé**

**Destinataires**

**Messieurs :**

- Les directeurs de la santé et de la population
- Les Directeurs Généraux des CHU.
- Les Directeurs d'Etablissements Hospitaliers Spécialisés.
- Les Directeurs de Secteurs Sanitaires.

**pour suivi**

**Pour exécution et suivi**

**L'incidence élevée des petits poids de naissance en Algérie, contribue à augmenter la mortalité et la morbidité néonatale qui reste élevée en raison de l'absence d'une prise en charge appropriée, et qui constitue de ce fait un problème de santé publique.**

Cette insuffisance est prise en considération par le programme national de périnatalité qui prévoit parmi ses axes de travail la promotion de la méthode "Kangourou".

Le but de cette méthode est de maintenir le nouveau-né auprès de sa mère sans altérer la qualité des soins prodigués tant à l'enfant qu'à sa mère. Son intérêt est d'ordre physiologique, affectif et économique.

La mise en œuvre de cette méthode, déjà initiée dans certains CHU, est à élargir dans les structures de néonatalogie concernées par la population d'enfants éligibles à la méthode, selon les modalités définies dans la présente instruction.

**Modalités de mise en œuvre de la méthode**

1) La méthode Kangourou s'adresse à des enfants :

- Dont le poids de naissance est inférieur ou égal à 2000 grammes, stables sur le plan cardio-respiratoire et exempts de pathologie grave nécessitant une réanimation néonatale.
- Qui ont pris du poids en incubateur, possèdent un réflexe de succion et chez qui la coordination succion déglutition se fait sans problème.

Sont exclus de l'application de cette méthode :

- Les nouveau-nés présentant une détresse importante ;
- Ceux présentant des signes cliniques majeurs d'infection,
- Les prématurés d'âge inférieur à trente-quatre (34) semaines.

2) La mère doit, elle aussi, être jugée "apte", Ce système de "cuvage" n'est pas de tout repos. En effet, il s'agit de garder l'enfant droit contre soi, 24 heures sur 24. De nuit, l'exercice est particulièrement contraignant dans la mesure où il faut dormir en position demi-assise.

3) les lits placés en maternité affectés à cette activité sont placés sous la responsabilité des pédiatres, et son rattachés administrativement à leur service d'origine.

4) l'établissement de santé doit disposer d'un personnel médical et paramédical ayant une formation en la matière.

Cette méthode ne nécessite pas de moyens techniques mais une organisation spécifique pour assurer des soins particuliers aux nouveau-nés grâce à une participation active des mamans.

Les locaux affectés à cette activité seront appelés dans un souci organisationnel "Unités Kangourou".

Compte tenu de ce qui précède, il est demandé aux directeurs des établissements de santé, de prendre toutes les mesures nécessaires en vue de l'utilisation de cette méthode par les services concernés.

Une évaluation semestrielle des dispositions prises à cet effet est demandée.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمل تو

PROGRAMME NATIONAL DE PERINATALITE

**CIRCULAIRE N° 010 DU 09 JUILLET 2006 RELATIVE A L'INITIATIVE**

**\*HOPITAUX AMIS DES BEBES\***

**DESTINATAIRES :**

- Mesdames et Messieurs les DSP Pour application, suivi et communication aux :
  - Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés
  - Directeurs des Secteurs Sanitaires

Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires, Etablissements Hospitaliers Universitaires et Etablissements hospitaliers : pour mise en oeuvre

Cette circulaire rappelle les dispositions prévues dans l'instruction ministérielle n° 002 /MIN/SP de 1999 portant initiative \*Hôpitaux amis des bébés\*.

L'initiative \*Hôpitaux amis des bébés\* représente l'opportunité d'encourager et de promouvoir un allaitement au sein exclusif dès la naissance.

Cette initiative propose aux services de maternité une démarche pour assurer un accompagnement optimal du démarrage de l'allaitement maternel des règles de conduite pour le personnel hospitalier ont été établies afin d'assurer un environnement favorable aux mères allaitant leur bébés. Ces règles sont résumées par les dix recommandations suivantes :

- 1- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels de santé
- 2- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
- 3- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique
- 4- Aider les mères à commencer l'allaitement au sein leur enfant dans la demi heure suivant la naissance
- 5- Montrer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
- 6- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que du lait maternel sauf indication médicale
- 7- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24
- 8- Encourager l'allaitement au sein lorsque la mère le demande
- 9- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
- 10- Encourager la constitution d'association de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Les maternités qui suivent ces recommandations reçoivent alors le label Hôpitaux Amis des Bébé, concrétisé par une plaque apposé à la porte de l'établissement.

Les Directeurs des établissements de santé sont instruits à s'engager vis-à-vis du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière à faire de leur s structures des "Hôpitaux Amis des Bébé"

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمل تو

PROGRAMME NATIONAL PERINATALITE

**Instruction N° 007 du 20 Novembre 2006 relative à l'organisation des consultations  
de référence pour les grossesses a risque  
(DIABETE, HYPERTENTION ARTERIELLE)**

**DESTINATAIRE :**

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : pour application, suivi et communication pour exécution aux :
  - Directeurs des établissements Hospitalières Spécialisés en gynécologie –obstétrique et pédiatrie ;
  - Directeurs des secteurs sanitaires

- Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires « pour mise en œuvre »

- Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalier Universitaire et Etablissement Hospitaliers «pour mise en oeuvre »  
En application de l'instruction Ministérielle N°004 du 19 Avril 2006 et afin d'assurer une meilleure prise en charge des grossesses à haut risque je vous demande d'identifier dans un délai n'excédent pas trois mois, des centres de références au niveau des secteurs sanitaires relevant de votre autorité.

Ces centres devront être organisés en réseaux avec les structures extrahospitalières assurant les activités de protection maternelle et infantile (PMI) périphériques et seront chargés d'organiser des consultations multidisciplinaires en particulier pour la prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle.

Ces consultations seront assurées par :

- un cardiologue, un diabétologue, un interniste et une sage-femme

Dans tous les cas, et à défaut de spécialiste, un médecin généraliste assurera cette activité.

La liste de l'équipement nécessaire à cette prise en charge est la suivante :

- Tensiomètre fonctionnel et un stéthoscope ;
- Stéthoscope obstétrical ;
- Mètre ruban, toise et pèse personne ;
- Bandelettes réactives (type labstix et Dextrostix)
- Sérum glucosée à 30% (pour le test d'O'Sullivan)

Par ailleurs, concernant l'enregistrement et l'évaluation des activités, doivent être disponibles au niveau des centres de référence mais également au niveau des PMI périphériques, les supports suivants :

- Fiche de liaison entre la PMI et le Centre de Référence ;
- Dossier médical
- Registre de consultation (le devenir de la mère et de l'enfant doit être mentionné sur le registre du centre de référence)
- Carte de passage prioritaire.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمار تو



**Instruction N° 008/MSPRH/MIN du 22 NOV 2006**  
**Relative à la prise en charge du Diabète au cours de la Grossesse**

**DESTINATAIRE :**

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé de la Population de wilaya : Pour application, suivi et communication pour exécution aux :
  - Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en Gynécologie obstétrique et pédiatrie.
  - Directeurs des secteurs sanitaires
- les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires : pour mise en œuvre
- les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalier universitaire et Etablissement Hospitaliers. Pour mise en œuvre.

La grossesse d'une diabétique comporte plus de risque qu'une grossesse normale. Si les risques sont maintenant mesurés, on a aussi le moyen de les diminuer. On sait bien que le pronostic de la grossesse est intimement lié au contrôle de la glycémie et ce de la préconception à l'accouchement.

L'importance d'un équilibre parfait du diabète pendant toute la grossesse, les progrès de la surveillance de la glycémie et la collaboration entre obstétricien, diabétologue et néonatalogiste ont permis de réduire la mortalité périnatale ainsi que la morbidité néonatale (malformation congénitales, complications de la prématurité).

La prévalence du seul diabète gestationnel en Algérie est estimée à 5%.

Le personnel de santé doit comprendre que l'association « Diabète et grossesse » ne doit plus être vécue comme une fatalité. Tout doit être mis en œuvre pour que l'issue de la grossesse et de l'accouchement se déroule sans incidents.

**Population cible**

- Toutes les femmes enceintes présentant un diabète type 1 ou 2 connu :
- Toutes les femmes enceintes présentant un diabète gestationnel

Le dépistage va cibler toutes les femmes qui ont les facteurs de risque suivants :

Antécédent familial de diabète, obésité, âge 35 ans, antécédents obstétricaux de pré éclampsie, mort in utéro, macrosomie, malformations.

Le dosage de la glycémie n'est pas suffisant pour dépister un diabète gestationnel.

Il est donc nécessaire de recourir au test d'O'SULLIVAN.

**Stratégie**

- Information et sensibilisation des femmes enceintes diabétiques par le personnel de santé au moment où elles se présentent en consultation prénatale.
- Le dépistage du diabète gestationnel (pour les femmes à risque) doit être pratiqué dès la première consultation (dès le début de la grossesse) au niveau du centre de référence puis, s'il est négatif, renouvelé à 24-28 SA (semaine d'aménorrhée) voire à 32 SA (semaine d'aménorrhée).
- Une fois captées, les femmes enceintes seront prises en charge au niveau du centre de référence par le diabétologue et/ou le médecin interniste ou à défaut le médecin généraliste formé à cet effet.

Le Centre de Référence doit pouvoir réaliser à chaque consultation prénatale les actes suivants :

- Contrôle de la glycémie et de la glycosurie
- Dosage de la fructosamine
- Mise au point diététique
- Contrôle du poids et de la TA
- Prescription d'un ECBU à la recherche d'une infection urinaire
- L'échographie et le fond d'œil en début de grossesse et vers 26/28 (SA) seront systématiquement prescrits.

Les médecins exerçant à titre privé sont impliqués dans cette démarche.

L'accouchement et la prise en charge du nouveau-né nécessitent que toute femme diabétique soit prise en charge dans une maternité adaptée au risque.

Une fiche de liaison sera remise à la patiente par le centre de référence ou par le médecin traitant exerçant à titre privé avec la mention « PRIORITAIRE » afin de faciliter son accès au niveau des structures spécialisées.

**Evaluation :**

L'évaluation est basée sur :

- le nombre de femmes enceintes dépistées au niveau des structures de santé de base ;
- le nombre de femmes enceintes dépistées au niveau des structures de santé de base et orientées au niveau du Centre de Référence ;
- le nombre de femmes enceintes captées prises en charge au niveau du Centre de Référence ;
- le nombre de femmes enceintes ayant accouché dans une maternité de référence adaptée au risque ;
- le devenir de la mère ;
- le devenir du fœtus et du nouveau-né

**Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière**

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمل تو

**Instruction N° 009/MSP/MIN/2006 Relative à la réduction des décès maternels liés  
aux complications des hémorragies**

**DESTINATAIRES :**

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**
  - Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;
  - Directeurs des secteurs sanitaires
- Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires « **pour mise en œuvre** »
- Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalier et Etablissement Hospitaliers « **pour mise en œuvre** »

La période périnatale est une période cruciale pour la survie de la mère et du nouveau-né. En application de l'instruction n° 4/MSPRH/Min du 19 Avril 2006 relative à la mise en œuvre du programme national de périnatalité, les objectifs liés à la période périnatale sont de réduire la mortalité maternelle, liées aux complications de l'hémorragie de la délivrance de 30% et d'assurer la prise en charge efficace de l'ensemble des cas d'hémorragie ante partum d'ici 2009. Ces hémorragies constituent un risque vital majeur, puisque 25% des décès maternels leur sont imputables.

Il s'agira tout particulièrement de réunir les conditions pour une prise en charge efficace des femmes enceintes présentant un saignement vaginal après les cinq premiers mois de grossesse, lié à un placenta praevia ou à un décollement prématuré du placenta. A cet effet, il y a lieu de s'assurer d'un suivi minutieux du déroulement de l'accouchement en vue de réduire le risque hémorragique au moment de la délivrance. Par ailleurs les parturientes doivent faire l'objet d'un suivi attentif après l'accouchement afin de détecter tout signe de saignement anormal.

En cas d'hémorragie importante (supérieure ou égale à 500ml), selon l'évaluation du risque et des possibilités de prise en charge, s'il y a lieu de procéder en urgence au transfert de la patiente vers une maternité de référence et adaptée au risque ; le transfert de la malade nécessite ;

- L'information au préalable du service d'accueil ;
- Le respect des conditions d'évacuation conformément aux termes de l'instruction ministérielle n° 007/MSPRH/MIN du 03 septembre 2006 annulant et remplaçant l'instruction n°3 du 18 avril 1998 fixant les conditions d'évacuation de malades.
- L'accompagnement de la parturiente par un personnel capable de conduire une éventuelle réanimation en cours de transfert.
- De faire suivre le dossier d'accouchement et le carnet de santé de la parturiente.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمل تو

**Instruction n°010 MSP/MIN/2006 relative aux conditions de surveillance du travail  
en salle d'accouchement**

**DESTINATAIRES :**

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**
  - Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;
  - Directeurs des secteurs sanitaires
- Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires « **pour mise en œuvre** »
- Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalier et Etablissement Hospitaliers « **pour mise en œuvre** »

La période est une période cruciale pour la survie de la mère et du nouveau-né .En application de l'instruction n°4/MSPRH/Min du 19 Avril 2006 relative à la mise en œuvre du programme national de périnatalité, les objectifs liés à la période perinatale vise à réduire de 30% la mortalité du perpartum, liée aux conditions de surveillance.

La cible principale est de fait représentée par l'ensemble des parturientes accueillies au niveau des structures de santé.

Les objectifs quantitatifs fixés impliquent et la souffrance fœtale aigüe .Dans cet axe, la normalisation des services requiert

- L'aménagement d'une unité « pré travail » pour l'ensemble des maternités de références. en outre, ces maternités doivent disposer de l'équipement requis pour la surveillance du travail, en l'occurrence un échographe, un amnioscope, un tocardiographe, une PH métrique fœtale.
- La généralisation et la systématisation du partogramme à l'ensemble des maternités

INSTRUCTION N° 014 MSPRH/MIN DU 27 JAN 2007

## PROGRAMME NATIONAL PERINATALITE RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE PAR INFECTION MATERNO-FCETALE

### DESTINATAIRES

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**
- \* Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;
- \* Directeur des secteurs sanitaires
- \* Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires  
**Pour mise en œuvre**
- \* Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalo-universitaire et les Etablissements Hospitaliers.  
**Pour mise en œuvre**

L'infection materno-fœtale est une pathologie à laquelle les médecins s'occupant de nouveau-nés sont quotidiennement confrontés. Le cas des enfants nés dans un contexte infectieux et symptomatiques dès la naissance ne pose pas de problème diagnostique.

Cette instruction s'adresse aux médecins généralistes qui sont confrontés quotidiennement à cette situation en période néonatale précoce au niveau des services de pédiatrie ou de maternité et qui ne disposent pas de moyens suffisants pour étayer suffisamment le diagnostic

### Objectif :

L'objectif est de réduire la mortalité néonatale liée à l'infection materno-fœtale de 30% d'ici l'an 2009.

### Population cible

#### Nouveau-né symptomatique (Situation 1) :

Lorsque les signes cliniques sont présents, la décision thérapeutique est aisée même si l'on sait que certains symptômes ne sont pas spécifiques de l'infection néonatale.

«Tout nouveau-né qui va mal, sans raison apparente, est à priori suspect d'infection »

#### Nouveau-né symptomatique (Situation 2 et 3)

C'est dans ce contexte que l'on rencontre toutes les difficultés, car on sait que l'infection bactérienne peut concerner le nouveau-né d'apparence sain. L'enfant n'a pas de signes cliniques d'appel, mais l'anamnèse obstétricale a mis en évidence des facteurs de risque. La situation risquent de se détériorer très rapidement, il faut alors rassembler tous les critères qui permettront de débiter une antibiothérapie.

#### Situation 2 :

Bilan infectieux :

Il n'y a pas d'examen biologique permettant à lui seul de diagnostiquer l'infection chez le nouveau-né. Les décisions de poursuite de l'antibiothérapie ne peuvent être prises que sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques (hémogramme, CRP, fibrinogène, liquide gastrique, ponction lombaire, hémocultures) :

#### Traitement : qui traiter ?

##### 1- nouveau-nés symptomatique (situation1) et asymptomatique (situation2)

Une association d'antibiotique de première intention est instituée sans délai **Ampicilline** (100 mg /Kg/j en 2 fois) + **Aminoside** (3,5 mg/Kg).

Si possible, ajouter une **Céphalosporine 3<sup>ème</sup> Génération** en l'absence d'orientation étiologique et en attendant les résultats des prélèvements bactériologiques (48h) et l'antibiogramme.

Dans la « situation 2 » si la clinique et le bilan infectieux sont normaux, on peut interrompre l'antibiothérapie 48 heures après son institution.

#### Durée du traitement antibiotique

Pour les Béta-lactamines : 8 jours pour les bactériémies et 15 à 21 jours les méningites.

Pour les **Aminosides** : deux injections au total à espacer d'au moins 24 à 48 heures selon l'âge gestationnel et l'état clinique de l'enfant.

#### Place de la voie orale :

En pratique, il est habituel d'attendre la normalisation de la CRP avant de passer au traitement per os (**Amoxicilline 200 mg/Kg/j en 3 prises**).

Elle est indiquée en l'absence de troubles hémodynamiques et / ou digestifs.

### Evaluation

L'évaluation est basée sur :

- le nombre de nouveau-nés
- le nombre de nouveau-nés ayant présenté une infection néonatale
- le nombre de nouveau-nés ayant présenté une infection néonatale mis sous traitement antibiotique.
- le nombre de nouveau-nés décédés par infection néonatale.

**INSTRUCTION N° 015 MSPRH/MIN DU 27 JAN 2007 RELATIVE A LA PREVENTION DE  
LA MALADIE HEMMORAGIQUE DU NOUVEAU-NE**

**DESTINATAIRES**

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**

\* Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;

\* Directeur des secteurs sanitaires

\* Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires

**Pour mise en œuvre**

\* Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalo-universitaire et les Etablissements Hospitaliers.

**Pour mise en œuvre**

La maladie hémorragique est due principalement à une immaturité hépatique liée à un déficit en facteurs de coagulation vitamine K-dépendant. Les troubles apparaissent 2 ou 3 jours après la naissance sous forme d'hémorragie allant de la simple ecchymose à l'hémorragie intracérébrale.

Elle survient rarement chez les enfants ayant une prophylaxie correcte dès la naissance, d'où la nécessité de sa prévention systématique à la naissance par l'administration de la vitamine K1, qui alors parviendrait à réduire le nombre de décès et de handicaps avec un rapport coût/ efficacité appréciable.

L'objectif fixé est de réduire la mortalité néonatale liée à la maladie hémorragique de 50% d'ici 2009

**Population cible :** Tous les nouveau-nés en salle de naissance

**Stratégie**

La vitamine K1 doit être administrée en intramusculaire dans les six heures suivant la naissance après la stabilisation initiale du bébé, selon le schéma suivant :

- Administrer **une dose unique de 0,5 mg** de vitamine K1 en **intramusculaire** chez tout nouveau-né dont le poids de naissance est **inférieur ou égal à 1500 g.**
- Administrer une **dose unique de 1,0 mg** de vitamine K1 en intramusculaire chez tout nouveau-né dont le poids de naissance est supérieur à **1500 g.**

**Evaluation**

L'évaluation est basée sur :

- le nombre de nouveau-nés enregistrés
- le nombre de nouveau-nés ayant reçu une injection de vitamine K1
- le nombre de cas de maladie hémorragique déclarés.

**INSTRUCTION N° 016 DU 27 JAN 2007 RELATIVE A LA PREVENTION DE  
L'HYPOTHERMIE EN SALLE DE NAISSANCE  
« CHAÎNE DU CHAUD »**

**DESTINATAIRES :**

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**

\* Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;

\* Directeur des secteurs sanitaires

\* Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires

**Pour mise en œuvre**

\* Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalo-universitaire et les Etablissements Hospitaliers.

**Pour mise en œuvre**

Le nouveau-né n'est pas en mesure de réguler sa température et de ce fait, il ne peut pas supporter les variations de la température ambiante, qui peuvent avoir des conséquences très graves allant jusqu'à son décès. Plus le nouveau-né est petit plus le risque est grand.

Afin de lutter efficacement contre l'hypothermie et toutes ses conséquences néfastes sur le nouveau-né, il faut agir sur les conditions qui induisent cette hypothermie.

**Population cible :** Tous les nouveau-nés en salle de naissance (en particulier les prématurés)

**Stratégie :** la « chaîne du chaud »

Cette « chaîne du chaud » est un ensemble de mesures interdépendantes qu'il faut prendre à la naissance et au cours des heures et des jours suivants afin de réduire au maximum les pertes thermiques chez les nouveau-nés.

- 1- Salle d'accouchement chaude (25 à 28°C), sans courants d'air.
- 2- Séchage immédiat du nouveau-né
- 3- Contact peau à peau avec la mère
- 4- Allaitement dès que possible après l'accouchement
- 5- Report du bilan le sang, le méconium et le vermix caseosa auront été essuyés lors du séchage à la naissance, il n'est pas nécessaire d'enlever les restes de vermix caseosa car ils sont inoffensifs et permettent de réduire les pertes thermiques et sont réabsorbés par la peau au cours des premiers jours de la vie.
- 6- Vêtements et literie adaptés dans les premiers heures suivant la naissance, l'habillage devant toujours comprendre un bonnet car 25% des pertes thermiques se produisent par la tête si elle est découverte.
- 7- Garder toujours la mère et l'enfant ensemble.
- 8- Transport au chaud s'il est nécessaire de transférer le nouveau né
- 9- Réanimation sur un plan de travail préchauffé.

Les hôpitaux soignant des nouveau-nés malades ou de faible poids de naissance doivent disposer de matériel permettant d'assurer une bonne température à ces nouveau-nés

(Couveuses, berceaux chauffants...) et des thermomètres à graduations basses (jusqu'à 25°C)

On mesurera régulièrement et fréquemment la température des nouveau-nés malades ou faible poids de naissance, toutes les quatre heures ou au moins trois fois par jour et plus souvent encore si le nouveau-né se trouve sous une source de chauffage radiant.

Les thermomètres habituels gradués jusqu'à 35°C sont en général suffisants pour les contrôles ou la surveillance systématique de la température corporelle. Si on n'arrive pas à trouver la température avec un tel thermomètre, cela indique une hypothermie modérée à grave et on prendra rapidement les mesures qui s'imposent pour réchauffer le nouveau-né.

**Evaluation**

**L'évaluation est basée sur :**

- le nombre de nouveau-nés
- le nombre de nouveau-nés ayant présenté une hypothermie
- le nombre de nouveau-nés ayant nécessité un réchauffement sur un plan de travail préchauffé
- le nombre de décès enregistrés par hypothermie sévère

**INSTRUCTION N° 017 DU 27 JAN 2007 RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DE  
L'HYPERTENSION ARTERIELLE AU COURS DE LA GROSSESSE**

**DESTINATAIRES :**

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**
- \* Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;
- \* Directeur des secteurs sanitaires
- \* Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires  
**Pour mise en œuvre**
- \* Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalo-universitaire et les Etablissements Hospitaliers.  
**Pour mise en œuvre**

L'Hypertension constitue la principale complication médicale de la grossesse, elle concerne 10% des femmes enceintes, et elle est responsable d'environ 15% de la mortalité maternelle en rapport avec les complications de l'hypertension artérielle gravidique. Les conditions de dépistage de captation et de suivi de cette catégorie de patientes ne sont pas adaptées, au niveau de l'ensemble du territoire national, à une prise en charge optimale de cette « association morbide ».

Le diagnostic d'hypertension artérielle au cours de la grossesse correspondant à la mise en évidence d'une pression artérielle systolique > 130 mmHg et/ ou une pression artérielle diastolique > 85 mmHg à au moins deux prises tensionnelles.

L'objectif de cette instruction est de mettre en place un dispositif de dépistage systématique, un suivi adapté durant toute la grossesse, et assurer un accouchement sécurisé.

**Population cible :**

- Toutes les femmes enceintes dans le cadre du dépistage
- Toutes les femmes présentant une hypertension chronique
- Toutes les femmes présentant une hypertension artérielle gravidique

**Stratégie :**

- Dépister l'hypertension artérielle chez toutes les femmes enceintes qui se présentent en consultation prénatale.
- Orienter toutes les femmes hypertendues dépistées. Toutes les femmes dépistées et captées sont immédiatement orientées au niveau d'un centre de référence localisé au sein d'une structure extra hospitalière. La surveillance au niveau du centre de référence est assurée par une équipe multidisciplinaire comprenant un cardiologue et / ou un interniste (ou à défaut le médecin généraliste), un obstétricien et un sage-femme.

Le paquet de soins minimum à assurer par le Centre de Référence est :

- La pesée
- La mesure de la pression artérielle (PA) à chaque consultation prénatale.
- La recherche d'une albuminurie
- Le dosage de la protéinurie
- L'échographe (dépistage d'un éventuel retard de croissance).

Il convient de suivre ces patients régulièrement au niveau de ces centres de référence.

Le centre de référence doit orienter toutes les patientes présentant des complications vers dans une maternité de référence adaptée au risque. Une Fiche de liaison sera remise à la patiente avec la mention « PRIORITAIRE » afin de faciliter son accès au niveau des structures spécialisées.

**Evaluation :**

- le nombre de femmes enceintes dépistées au niveau des structures de santé de base
- le nombre de femmes enceintes captées au niveau des structures de santé de base et orientées au niveau du Centre de référence
- le nombre de femmes enceintes captées prises en charge par le Centre de référence
- le nombre de femmes enceintes ayant accouché dans une maternité de référence adaptée au risque.

Le devenir de la mère

- le devenir du fœtus et du nouveau-né

**INSTRUCTION N° 018 DU 27 JAN 2007 RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DE  
L'ASSOCIATION « FEMME RHESUS NEGATIF ET GROSSESSE »**

**DESTINATAIRES**

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya : **Pour application, suivi et communication pour exécution aux :**

\* Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie ;

\* Directeur des secteurs sanitaires

\* Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires

**Pour mise en œuvre**

\* Les Directeurs Généraux de l'Etablissement Hospitalo-universitaire et les Etablissements Hospitaliers.

**Pour mise en œuvre**

Le « groupe sanguin » est représenté sur une carte par une lettre (**A, B, AB ou O**) et un signe (+ou-), (que toute femme enceinte doit nécessairement avoir). On dit qu'une personne est de rhésus positif lorsque ses globules rouges portent, à leur surface, une molécule, appelée molécule D, ou rhésus. Dans le cas contraire, on est de rhésus négatif. Le rhésus est une particularité génétique, on reste toujours du même rhésus positif ou négatif.

La problématique se met en place lorsque la future mère est rhésus négatif et le père rhésus positif, ce qui représente 13% des couples. Dans ce cas l'enfant a deux chances sur trois d'être rhésus positif. La prévention spécifique par les « immunoglobulines anti-D » est possible et a démontré toute son efficacité. L'importance de cette prophylaxie pour réduire une partie de la mortalité et du handicap d'origine périnatale, n'est plus à démontrer..

Cette affection reste encore menaçante puisqu'elle concerne encore 1 à 3 grossesses pour 1000 naissances vivantes (soit un effectif de 700 à 2000 cas par an en Algérie)

Quand y a-t-il problème, et quelle conséquence pour le fœtus ou le nouveau-né ?

Si le premier enfant est de rhésus positif ; il n'y a aucun risque pour l'enfant.

Cependant, au cours de l'accouchement ou d'une amniocentèse, quelques globules rouges de l'enfant passent dans la circulation de la mère et ils provoquent en quelques jours la fabrication maternelle d'anticorps destinés à les détruire.

Ces agglutinines (AI) vont persister durant toute la vie de la mère. C'est le seul risque pour la mère. Cependant, on gardera à l'esprit qu'une femme iso immunisée verra son avenir obstétrical compromis lorsqu'au cours de la grossesse suivante le fœtus est rhésus positif.

Cette situation n'est plus une fatalité depuis la découverte du sérum anti D (SAD).

En cas de deuxième grossesse (sans SAD à la première grossesse), et si l'enfant est à nouveau de rhésus positif, le problème se pose avec acuité. Le risque de décès fœtal ou néonatal et de complications à type d'ictère grave ou d'anémie sévère est important.

**Population cible**

Toutes les femmes enceintes rhésus négatif

**Stratégie**

- Ne jamais transfuser de sang rhésus positif à une femme rhésus négatif
- Détermination du groupe sanguin et du facteur Rhésus avant la fin du 3<sup>ème</sup> mois de la grossesse
- Prévention par le sérum anti D

L'injection doit être faite chez la femme rhésus négatif, non immunisée dans les 72 premières heures dans cas suivants ;

- Accouchement d'un enfant rhésus positif sauf si la mère est déjà iso immunisée
- Avortement tardif / mort fœtal au 2<sup>e</sup> -3<sup>e</sup> trimestre
- Interruption volontaire de grossesse
- Saignement au cours de la grossesse
- Ponction de sang fœtal
- Amniocentèse tardive
- Les manœuvres et traumatismes obstétricaux

Que faire si la recherche d'agglutinines irrégulières est positive ?

La surveillance de la grossesse et la prise en charge de l'accouchement se fera à la maternité adaptée au risque

L'évaluation de l'action menée se fera régulièrement à travers :

- le nombre total de femmes enceintes
- le nombre de femmes dépistées
- le nombre de femmes ayant reçu le sérum anti D
- le nombre de nouveau-nés ayant reçu le sérum anti D



# Vaccination

**Décret n° 69-88 du 17 juin 1969 rendant obligatoire certaines vaccinations.**

Le Chef du Gouvernement, Président du Conseil des ministres,  
Sur le rapport du ministre de la santé publique,  
Vu l'ordonnance n°65-182 du 10 juillet 1965 portant constitution du Gouvernement ;  
Vu l'ordonnance n° 68-103 du 6 mai 1968 relative aux divers régimes de franchise postale ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : La protection sanitaire de l'enfant par les vaccinations contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la variole est obligatoire.

**Article 2** : En cas d'épidémie ou de menace d'épidémie, les vaccinations contre la typhoïde et paratyphoïde, le typhus ou d'autres maladies transmissibles, pourront être rendues obligatoires par arrêté du ministre de la santé publique.

**Article 3** : Une ou plusieurs vaccinations pourront être rendues obligatoires par arrêté du ministre de la santé publique pour les catégories de personnes exerçant des activités les exposant à certaines maladies.

Cette mesure s'appliquera en particulier, au corps médical et paramédical en fonction dans les hôpitaux de contagieux et dans les formations fixes ou mobiles de lutte contre les épidémies.

**Article 4** : Les assujettis sont libres de satisfaire aux obligations du présent décret en présentant un certificat médical délivré à leurs frais, par un médecin de leur choix et attestant qu'ils ont subi valablement les vaccinations.

**Article 5** : Nul ne peut être admis dans un établissement d'enseignement public ou privé ainsi que dans toute collectivité d'enfants telle que crèche, garderie, jardin et maisons d'enfants, colonie de vacances, préventorium, maison d'enfants de chouhada, sans justifier des vaccinations prévues à l'article 1<sup>er</sup> et, le cas échéant, des vaccinations rendues obligatoires par application de l'article 2 du présent décret.

**Article 6** : Les assujettis présentant des contre-indications temporaires ou définitives doivent en justifier par un certificat médical.

**Chapitre II**

**Dispositions financières**

**Article 7** : Les dépenses résultant de ces vaccinations sont à imputer au budget du ministère de la santé publique, sous réserves des dispositions prévues aux articles 9 et 10 ci-dessous.

**Article 8** : L'importation éventuelle de vaccin ou de produits et matériels nécessaires à la fabrication des vaccins, est exonérée des taxes douanières.

**Article 9** : En ce qui concerne les vaccinations prévues à l'article 3 ci-dessus, les établissements, entreprises et organismes publics ou privés, sont tenus de prendre en charge les frais de vaccinations de leur personnel.

**Article 10** : Les frais résultant des dispositions prévues à l'article 4 du présent décret, sont à la charge des intéressés.

Les actes vaccinaux et l'achat des vaccins ouvrent le droit, pour les assurés sociaux, aux remboursements par les caisses de sécurité sociale.

**Article 11** : Les communes doivent assurer la préparation des listes d'état civil et des registres ou fichiers permettant le contrôle des vaccinations obligatoires.

**Article 12** : Toutes les correspondances relatives aux vaccinations obligatoires se font en franchise postale.

**Chapitre III**

**Dispositions pénales**

**Article 13** : Les parents ou tuteurs, les chefs d'établissements, entreprises et organismes publics ou privés, sont tenus personnellement responsable de l'exécution des mesures prescrites par le présent décret.

**Article 14** : Quiconque commet une contravention aux prescriptions du présent décret, est passible d'une amende de 30 dinars à 500 dinars.

**Chapitre IV**

**Dispositions transitoires et diverses**

**Article 15** : Jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 1970, seules les vaccinations antivarioliques et antituberculeuses sont exigibles pour la scolarisation des enfants dans les classes primaires.

**Article 16** : Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent décret.

**Article 17** : Toutes dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

**Article 18** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 juin 1969.

**Houari BOUMEDIENE**

## Arrêté du Aouel Chaâbane 1421 correspondant au 28 octobre 2000 fixant le calendrier de vaccination obligatoire contre certaines maladies transmissibles.

Le ministre de la santé et de la population,

Vu le décret présidentiel n° 2000-257 du 26 Jomada El Oula 1421 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret n° 69-88 du 17 juin 1969, modifiée rendant les obligatoires certaines vaccinations, notamment ses articles 1<sup>er</sup> et 16 ;

Vu l'arrêté du 5 Ramadhan 1417 correspondant au 14 janvier 1997 fixant le calendrier de vaccination contre certaines maladies transmissibles ;

### Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions du décret n° 69-88 du 17 juin 1969 susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer le calendrier de vaccination obligatoire contre certaines maladies transmissibles.

**Article 2** : Le calendrier de vaccination obligatoire contre les maladies prévues à l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 69-88 du 17 juin 1969, susvisé, est fixé conformément au tableau ci-après :

AGE DE LA VACCINATION	VACCINS
NAISSANCE	BCG Anti-poliomyélite (polio oral) 1 <sup>ère</sup> dose anti-hépatite B
1 MOIS	2 <sup>ème</sup> dose anti-hépatite B
3 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral)
4 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral)
5 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral) 3 <sup>ème</sup> dose anti-hépatite B
9 MOIS	Anti-rougeoleux
18 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral)
6 ANS	Anti-diphthérique, tétanique enfant (Dt enfant) Anti-poliomyélite (polio oral) Anti-rougeoleux
11 –13 ANS	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte) Anti-poliomyélite (polio oral)
16 – 18 ANS	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte) Anti-poliomyélite (polio oral)
Tous les 10 ans après 18 ans	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte)

**Article 3** : Sont abrogées les dispositions de l'arrêté du 5 Ramadhan 1417 correspondant au 14 janvier 1997, susvisé.

**Article 4** : Le présent arrêté sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le Aouel Chaâbane 1421 correspondant au 28 octobre 2000.

**Mohamed Larbi ABELMOUMENE**

**Arrêté du 30 Joumada Ethania 1428 correspondant au 15 juillet 2007 fixant le calendrier de vaccination obligatoire contre certaines maladies transmissibles.**

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu le décret n° 69-88 du 17 juin 1969, modifiée rendant les obligatoires certaines vaccinations, notamment ses articles 1<sup>er</sup> et 16 ;

Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu l'arrêté du Aouel Chaabane 1421 correspondant au 28 octobre 2000 fixant le calendrier de vaccination contre certaines maladies transmissibles ;

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions du décret n° 69-88 du 17 juin 1969 susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer le calendrier de vaccination obligatoire contre certaines maladies transmissibles.

**Article 2** : Le calendrier de vaccination obligatoire contre les maladies prévues à l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 69-88 du 17 juin 1969, susvisé, est fixé conformément au tableau ci-après :

AGE DE LA VACCINATION	VACCINS
NAISSANCE	BCG Anti-poliomyélite (polio oral) 1 <sup>ère</sup> dose anti-hépatite B
1 MOIS	2 <sup>ème</sup> dose anti-hépatite B
3 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral) 1 <sup>ère</sup> dose anti-haemophilus influenza b
4 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral) 2 <sup>ème</sup> dose anti-haemophilus influenza b
5 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral) 3 <sup>ème</sup> dose anti-hépatite B 3 <sup>ème</sup> dose anti-haemophilus influenza b
9 MOIS	Anti-rougeoleux
18 MOIS	Anti-diphthérique, tétanique, coquelucheux (DTCOQ) Anti-poliomyélite (polio oral)
6 ANS	Anti-diphthérique, tétanique enfant (Dt enfant) Anti-poliomyélite (polio oral) Anti-rougeoleux
11 -13 ANS	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte) Anti-poliomyélite (polio oral)
16 - 18 ANS	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte) Anti-poliomyélite (polio oral)
Tous les 10 ans à partir de 18 ans	Anti-diphthérique, tétanique adulte (DT adulte)

**Article 3** : Sont abrogées les dispositions de l'arrêté du Aouel Chaabane 1421 correspondant au 28 octobre 2000, susvisé.

**Article 4** : Le présent arrêté sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 30 Joumada Ethania 1428 correspondant au 15 juillet 2007.

**Amar Tou**

Direction de la Prévention  
N° 1279/MSPRH/DP 2005

Mesdames et Messieurs les DSP / Tous pour Application et Diffusion

- Messieurs les Directeurs Généraux des CHU/Tous
- Messieurs les Directeurs Généraux des EHS / Tous
- Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires / Tous

### Note sur les Mesures a prendre avant et après Vaccination

En complément des instructions Ministérielles N° 01 du 09 Avril 2001 portant plan national de surveillance des manifestations Post Vaccinales Indésirables ( MPVI ) , N° 419 du 13 Mars 2004 relative au respect des procédures et des techniques vaccinales et N° 434 du 14 Mars 2005 portant respect des contre indications des vaccinations du PEV , cette note précise les mesures préventives à prendre avant et après l'acte vaccinal au niveau de l'ensemble des structures sanitaires assurant des activités de vaccination, il est rappelé le strict respect des consignes suivantes:

- 1- Examen clinique de chaque enfant avant la vaccination
- 2- Prise de la température
- 3- Respect des contre indications (instruction ministérielle N° 434 du 14 Mars 2005) hyperthermie, infection respiratoire aigue, diarrhée dermatose évolutive.....
- 4- Information et éducation des mères sur la surveillance de l'état de l'enfant, les mesures de soutien en cas de fièvre et le suivi médical en cas d'apparition de signes cliniques d'alerte (fièvre, convulsions, cyanose, pâleur, extrémités froides).

J'attache votre attention sur le strict respect de ces mesures visant à sécuriser l'acte vaccinal.

La Directrice de la Prévention

MINISTERE DE LA SANTE  
DE LA POPULATION ET

وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات

DE LA REFORME HOSPITALIERE

مديرية الوقاية

DIRCTION DE LA PREVENTION

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 002 MSP/MIN DU 13 SEPTEMBRE 2008 RELATIVE  
A L'INTRODUCTION DU VACCIN CONTRE L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE B DANS LE  
CALENDRIER NATIONAL DE VACCINATION**

**DESTINATAIRES :**

- MESSIEURS LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA POPULATION (TOUS)
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES EPSP (TOUS)
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES EPH (TOUS)
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES EHS (TOUS)
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES CHU (TOUS)

**POUR EXECUTION**

- MESSIEURS LES PRESIDENTS DES ASSOCIATIONS ALGERIENNES DES PEDIATRES ET MEDECINS LIBERAUX DES REGIONS CENTRE, EST, OUEST ET SUD
- MONSIEUR LE PRESIDENT DE LA SOCIETE ALGERIENNE DE PEDIATRIE

**POUR INFORMATION**

**HISTORIQUE DE LA VACCINATION EN ALGERIE**

Le programme de vaccination en Algérie a connu différentes phases au cours de son évolution depuis la mise en application du décret 69-88 du 17 juin 1969 rendant obligatoire la vaccination contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et recommandant la vaccination anti-rougeoleuse. Cette dernière a été rendue obligatoire en 1985.

Le programme élargi de vaccination (PEV) a été mis en œuvre en 1977.

L'Arrêté du 14 janvier 1997 introduit la vaccination anti-poliomyélitique orale à la naissance, une deuxième dose de DTP entre 11-13 ans et 16-18 ans, ainsi qu'un rappel DT tous les 10 ans après l'âge de 18 ans.

La vaccination contre l'hépatite B a été introduite en 2000 dans le calendrier de vaccination (Arrêté du 28 octobre 2000) et a été effective à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003.

Dans le cadre de la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile ; l'introduction de nouveaux vaccins ayant fait leurs preuves demeure une nécessité.

L'OMS après avoir recommandé l'introduction du vaccin contre l'hépatite B, préconise l'intégration de la vaccination contre l'Haemophilus influenzae b.

**CETTE VACCINATION A ETE INTRODUIRE DANS LE CALENDRIER NATIONAL DE VACCINATION (ARRETE DU 15  
JUILLET 2007) EST SERRA EFFECTIVE A COMPTER DU 11 OCTOBRE 2008**

**SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE :**

**Dans le monde**

En 1998 ; l'OMS a déclaré que :

Partout où des études approfondies ont été effectuées, on a montré que l'infection à Haemophilus influenzae b est une cause importante de méningite et de pneumonie bactérienne.

- Haemophilus influenzae b est la cause majeure de morbidité et de mortalité chez le jeune enfant dans le monde entier.
- Dans les pays en voie de développement, Haemophilus influenzae b est la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité par méningite et la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité par pneumonie.
- Haemophilus influenzae b est une bactérie responsable :
  - de quelques 3 millions de cas d'infections graves
  - d'environ 400 000 à 700 000 décès par an dans le monde,
  - principalement dus à des méningites et des pneumonies. Les décès sont presque tous des enfants de moins de 5 ans,

## En Algérie

L'incidence des méningites bactériennes purulentes a connue une baisse significative, passant de 7 ,16 cas pour 100.000 habitants en l'an 2000 à 1,87 cas pour 100.000 habitants en 2007.

**23,9% de ces méningites bactériennes purulentes sont dues à Haemophilus influenzae b (source : réseau de surveillance de l'IPA)**

### CARRACTERISTIQUES DE L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE B

- C'est un bacille Gram négatif
- Six sérotypes a-f) sont connus mais le **type b** est responsable de plus de 90% de toutes les infections traitées chez l'enfant : méningites et pneumonies

### TRANSMISSION

La transmission se fait par les **sécrétions respiratoires**. Le germe se propage par la toux et les éternuements des malades qui projettent des gouttelettes dans l'air inhalées par les autres .Le risque de contagion est lorsque les enfants sont en contact proche sur de longues périodes

### PORTAGE

- Le portage est le plus souvent asymptomatique
- Concerne 3 à 5 % des enfants
- Plus de 50% des enfants dans des populations vivant en promiscuité.
  - Une forte concentration de porteurs augmente la probabilité de maladies invasives

### QUELS SONT LES SUJETS A RISQUE ?

Tous les enfants non vaccinés sont exposés à l' Haemophilus influenzae b avant l'âge de 05 ans. Les nourrissons âgés de 4 à 18 mos sont particulièrement vulnérables.

### QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ?

- **Facteurs personnels** : Age, absence d'allaitement, maladie sous jacente, facteurs génétiques, antécédents d'infections.
- **Environnement** : Hygiène de vie, promiscuité, statut socioéconomique ;
- **Agent** : Infectiosité, capacité invasive, virulence

### SEQUELLES DE MININGITES

Les séquelles sont observées dans 28% des méningites à Haemophilus influenzae b

Les séquelles observées sont :

- atteinte de l'audition (surdité) dans 20% des cas
- troubles du langage dans 15% des cas
- retard mental dans 11% des cas
- retard du développement moteur dans 7% des cas

### VACCINATION

#### TYPE DE VACCIN

Quatre vaccins conjugués sont actuellement disponibles dans le monde et parfaitement étudiés .Le vaccin conjugué PRP-T, conjugué à l'anatoxine tétanique est le plus utilisé, donne les meilleurs résultats après la 3<sup>ème</sup> injection. Le rappel à 18 mois produit une réponse> 1 microgramme/ml chez 100% des enfants.

#### COMMENT CE VACCIN SE PRESENTE T-IL ?

**LE VACCIN CONTRE L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE B EST LYOPHILISE  
ASSOCIE SOUS FORME COMBINEE AU VACCIN DTC  
(VACCIN TETRAVALENT)**

**CALENDRIER DE VACCINATION APPLICABLE EN ALGERIE  
(ARRETE DU 15 JUILLET 2007)**

<b>AGES DE LA VACCINATION</b>	<b>VACCINS</b>
<b>Naissance</b>	<b>BCG +VPO + HBV</b>
<b>1 Mois</b>	<b>HBV</b>
<b>3 Mois</b>	<b>DTC. HIB + VPO</b>
<b>4 Mois</b>	<b>DTC. HIB + VPO</b>
<b>5 Mois</b>	<b>DTC. HIB + VPO + HBV</b>
<b>9 Mois</b>	<b>VAR</b>
<b>18 Mois</b>	<b>DTC. HIB + VPO</b>
<b>6 Ans</b>	<b>Dt Enfant + VPO + VAR</b>
<b>11-13 Ans</b>	<b>Dt Adulte + VPO</b>
<b>16-18 Ans</b>	<b>Dt Adulte + VPO</b>
<b>Tous les 10 Ans à partir de 18 Ans</b>	<b>Dt Adulte</b>

**DTC .Hib = Diphtérie Tétanos Coqueluche, Haemophilus influenzae b**

**TOUT DOIT ETRE MIS EN ŒUVRE POUR LE RESPECT DU CALENDRIER  
VACCINAL DANS L'INTERET DE L'ENFANT ET DE LA COLLECTIVITE**

J'attache une attention particulière à la large diffusion et à la stricte application de cette instruction.

Le 11 SEP 2008

Monsieur le Ministre



## COMMENT EVALUER VOTRE PROPRE PROGRAMME DE VACCTNATTON

Guide à l'usage des agents de la santé qui administrent les vaccins

**Module 1** - Les vaccins et quand les administrer

**Module 2** - Seringues, aiguilles et stérilisation

**Module 3** - Comment administrer les vaccins

**Module 4** - préparation d'une séance de vaccination

**Module 5** - Comment diriger une séance de vaccination dans un poste avancé

**Module 6** - Education sanitaire dans le cadre d'un programme de vaccination

**Module 7** - Comment évaluer votre propre programme de vaccination

### GUIDE A L'USAGE DU FORMATEUR

Cette série de 7 textes ou modules, plus le guide à l'usage du formateur, constitue un manuel destiné à la formation des agents de santé périphériques qui administrent les vaccins.

Les textes expliquent ce que les vaccinoteurs ont besoin de savoir sur les vaccinations ils décrivent et illustrent ce qu'ils doivent être capable de faire.

On a utilisé un français volontairement simplifié pour qu'un plus grand nombre de stagiaires puissent lire le matériel, même si le français n'est pas leur première langue ainsi, le texte est-il plus commode à adapter et à traduire dans d'autres langues.

Mais les agents de santé ne peuvent pas apprendre tout ce dont ils ont besoin dans un livre ou dans des cours. Ils ont besoins également d'exercices pratiques. Aussi a-t-on ajouté, au texte proprement dit, un certain nombre d'exercices et d'idées pédagogiques appropriés. Le guide à l'usage du formateur comporte des suggestions pour les exercices pratiques ainsi que des réponses et des commentaires aux questions et exercices contenus dans chaque module.

### 7- COMMENT EVALUER VOTRE PROPRE PROGRAMME DE VACCINATION

Pourquoi l'évaluation est-elle importante ?

Tableau de contrôle des vaccinations

Déterminer le degré de succès de votre programme

#### 7.1 Evaluation

Pourquoi faut-il évaluer son travail ?

Quiconque travaille à un programme de vaccination a besoin d'évaluer ou de contrôler son travail.

\* L'évaluation n'est pas seulement destinée aux superviseurs et directeurs de programme.

Elle est également importante pour 5a personne qui administre les Vaccins,

\* Le but de cette évaluation est de connaître :

- le degré de succès de votre travail:

- ce qu'il vous faut pour améliorer votre programme:

- l'aide nécessaire que vous apporte votre superviseur.

\* Si vous connaissez le degré de qualité de votre travail, vous le trouvez plus satisfaisant.

Alors, vous jouerez d'avantage de votre travail et vous travaillerez mieux encore.

Combien de temps l'évaluation nécessite-elle ?

L'évaluation vous demandera environ quinze minutes une fois par semaine et une heure une fois par mois.

#### 7.2 Evaluation hebdomadaire

aggravez-vous toutes les séances de vaccination prévues?

\* Avez-vous eu assez de vaccins ?

\* Avez-vous vérifié le réfrigérateur chaque jour et relevé la température?

\* Est-ce que les températures du réfrigérateur sont toutes restées dans la zone de sécurité ? (de 0° à + 8° C)

\* Avez-vous contrôlé l'état vaccinal de toutes les femmes en âge d'avoir des enfants et celui de tous les enfants (malades ou en bonne santé) qui sont venus à la consultation ?

\* Avez-vous alors administré aux mères et aux enfants tous les vaccins dont ils avaient besoin

\* Les avez-vous informés au sujet des autres vaccinations dont ils auront besoins et leur avez-vous dit quant ils devaient revenir?

\* Avez-vous eu assez de seringues et autre matériel pour administrer les vaccins en toute sécurité et dans des conditions aseptiques?

S'IL N'Y A PAS DE PROBLEMES MAJEURS

Il est probable que votre programme de vaccination fonctionne efficacement.

S'IL Y A DES PROBLEMES

Trouvez-en la cause et tâchez d'y remédier -

- Séances non tenues

- Pas assez de vaccins

- Réfrigérateur trop chaud

- Pas assez de seringues

7.3 Evaluation mensuelle

\* Pourcentage d'enfants représentant la population cible mensuelle ayant reçu chaque vaccin ce mois ? - Par exemple, DTC 1 ?

Nombre d'enfants avant reçu le DTC 1 x 100 ^ % d'enfants vaccinés

cible mensuelle par le DTC 1

\* Pourcentage d'enfants ayant reçu le DTC 3 et qui ont reçu également le vaccin antirougeoleux ?

% d'enfants qui ont reçu

Nombre d'enfants avant reçu le vaccin antirougeoleux x 100 = le vaccin anti rougeoleux

Nombre d'enfants ayant reçu le DTC 3 DTC 3 et le vaccin

\* Les enfants ayant contracté une des maladies cibles sont-ils venus à la séance devaccination ?

Enregistrez le nombre d'enfants qui viennent à votre consultation bien qu'ayant contracté la rougeole ou la coqueluche. Faites le total pour chaque mois et établissez un tableau ordinaire. Comparez chaque mois avec le mois correspondant de l'année précédente. Voyez si le nombre de cas diminue d'une année sur l'autre.

Demandez-vous pourquoi les enfants qui ont contracté une des maladies cibles n'ont pas été vaccinés.

- Est-ce la mère qui n'a pas amené l'enfant à la vaccination?

- L'enfant n'a-t-il pas été vacciné parcequ'il était malade ?

- Si l'enfant a reçu le vaccin et que celui-ci n'a pas eu d'effet, quelle en est la raison?

Décidez des mesures à prendre dans chaque cas.

Comment calculer votre population cible mensuelle

Pour faire votre évaluation mensuelle, vous devez connaître votre population cible mensuelle. Vous avez besoin pour ce calcul de l'aide de votre superviseur, mais il vous incombe de le connaître avec certitude.

1. Calculez la population totale des régions desservies par le centre de santé ou l'antenne de terrain.

2. Calculez le nombre de naissances par an. Pour obtenir ce chiffre, calculez 3% de la population totale.

Population x 3/100= nombre d'enfants de la cible annuelle.

Exemple:

Population de votre région ; 10 000

Nombre de naissances par an ; 10 000 x 3/100 = 300

Donc le nombre d'enfants de la nouvelle cible annuelle, c'est - à -dire, la cible annuelle, est de 300.

3. Pour calculer la population cible mensuelle, divisez la cible annuelle par 12

300 : 12

(cible annuelle)

= 25

(cible mensuelle)

#### 7.4 Comment contrôler votre couverture vaccinale

Méthode mensuelle

Cette méthode s'appuie sur le calcul présenté à la section 7.3

Calculez

Préparation du tableau pour votre population

Commencer par calculer vos populations cibles annuelle et mensuelle. Puis, ces chiffres de la population cible inscrits à gauche du tableau constitueront l'échelle des chiffres de la cible. Voici la manière de procéder:

- Inscrire 0 dans le coin gauche inférieur du tableau

- Monter d'un cran et inscrire le chiffre pour la cible d'un mois

- Monter d'un autre cran et inscrire le chiffre pour la cible de deux mois

- Monter encore d'un cran et inscrire le chiffre pour la cible de trois mois

- Continuer ainsi de suite: à chaque fois ajouter au chiffre précédent le chiffre de la cible mensuelle

- Quand vous atteignez le haut du tableau. Vous inscrivez le chiffre de la cible

correspondant à 12 mois - c'est-à-dire, le chiffre de cible annuelle.

- On peut observer que la cible annuelle se trouve en face de 100%.

Le tableau de la figure 7-1 a été établi pour une cible annuelle de 2 400 enfants dans

une localité appelée valla.

INSCRIRE LES MOIS DE L'ANNEE de janvier à décembre

Ces mois sont inscrits de gauche à droite au bas du tableau

Remplir le tableau

On peut utiliser le tableau pour contrôler un ou plusieurs vaccins. Tracez une ligne distincte au tableau pour chaque vaccin. La

figure 7-1 a été établie pour les trois doses

DTC. Au-dessous du tableau, on peut observer des rangées de cases.

Vous inscrivez dans ces cases le nombre de doses que vous administrez pour chaque vaccin.

Il faut deux rangées de cases pour chaque vaccin

« NOMBRE (Nbre) EN UN MOIS »

Inscrire dans les cases de la rangée supérieure. Pour chaque vaccin, le nombre de doses que vous administrez chaque mois.

On peut observer qu'au centre de santé de Valla, le personnel a administré 150 doses de DTC1 en juillet.

« TOTAL CUMULE »

Inscrire dans les cases de la rangée inférieure le nombre totale de doses que vous avez administrées pendant l'année jusqu'ici - c'est-à-dire le nombre obtenu en additionnant les mois antérieurs et le dernier mois.

C'est ce qu'on appelle « le total cumulé ».

Ainsi peut-on observer que pour le centre de santé de Valla, le total cumulé des doses de DTC1 de janvier à juillet s'élève à 800.

Tracez les courbes au tableau

- Trouvez au tableau la ligne qui s'élève verticalement à la fin du mois.

- Remontez cette ligne jusqu'au moment où vous êtes cumulé pour le vaccin en question.

- Tracez un point.

- Au bout de quelques mois, reliez les points pour obtenir la courbe de chaque vaccin.

Interprétation du tableau

-Voyez de quelle ligne des pourcentages se rapproche votre propre courbe représentant le total cumulé.

- Ceci vous donnera approximativement le pourcentage de la population cible que vous vaccinez au fur et à mesure que l'année s'écoule.

Exercice - les courbes DTC du tableau établi pour le centre de santé de Valla

Observez la figure 7-1

Vous pouvez voir trois courbes pour valla - une pour le DTC 1, une pour le DTC 2 et une pour DTC 3.

Regardez les chiffres et les courbes et déterminez quelle est la courbe correspondant à chaque vaccin.

Reproduire les courbes dans votre manuel.

Exercice - Lecture d'un Tableau de contrôle de la couverture vaccinale.

Etudiez le tableau établi pour Valla à la figure 7-1 et répondez aux questions ci-après.

Quelle est la population cible mensuelle pour Valla ?

Combien d'enfants auraient dû recevoir le DTC 1 entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 Juillet ?

Combien d'enfants ont reçu le DTC 1 entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 juillet ?  
Pourcentage, à la fin de juillet, de la population cible ayant reçu le DTC 1 au cours des sept premiers mois de l'année.

Répondez aux mêmes questions pour le DTC 2 et le DTC 3.

Répondez à la même question pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier et le 31 Avril

7.6 - Quel est le degré de succès de votre programme ?

Si 1<sup>a</sup> courbe de contrôle se situe entre les lignes des 75% et des 100% représentant les pourcentages de la cible obtenue:

Votre programme a PLEINEMENT REUSSI. Peu de programmes réussissent aussi bien.

Si votre courbe de contrôle se situe entre les lignes des 50% et 75%:

Votre programme a MODEREMENT REUSSI.

Si votre courbe de contrôle se situe au-dessous des 50%:

Votre programme N'A PAS BIEN REUSSI.

Si votre courbe de contrôle se situe au-dessous des 25%:

Votre programme N'A PAS REUSSI DU TOUT.

Que faites-vous si vous constatez que vous atteignez moins de 50% de votre cible ?

Vous devez essayer d'en découvrir la RAISON

POSEZ-VOUS CES QUESTIONS.

\* Faites-vous ce que vous étiez promis de faire ?

(Êtes-vous SERIEUX ET PONCTUEL)

\* Vos séances de vaccination sont-elles COMMODES et AGREABLES ?

(Dans certains endroits, le jour de marché est un bon jour. Ailleurs, ce jour ne convient pas. Dans certains endroits, le matin se prête bien à la vaccination. Dans d'autres endroits,

l'après-midi est préférable).

QUESTIONNEZ LES AUTRES AGENTS AYANT PARTICIPE A LA SEANCE DE VACCINATION

Connaissent-ils une raison pour laquelle les habitants ne viennent pas?

- N'oubliez pas de demander aux personnes chargées du nettoyage -les habitants pourraient leur dire des choses qu'ils ne vous confieraient pas.

QUESTIONNEZ LES HABITANTS

- Demandez à ceux qui viennent à la séance. Demandez-leur pourquoi ils viennent (cela peut vous donner une idée sur la manière d'inciter les autres à venir).

- Demandez-leur s'ils savent pourquoi les mères ne viennent pas.

- Demandez à des gens au village ou sur le marché.

QUESTIONNEZ LES CHEFS DE LA COMMUNAUTE.

- Connaissent-ils un problème quelconque que les gens ont au sujet de votre programme de vaccination ?

- Peut-être avez vous remarqué que personne d'une région ou d'un village donné ne

venait pas à votre séance. Adressez-vous aux chefs de la communauté pour savoir s'il y a une raison spéciale à cela.

DISCUTEZ DE CE PROBLEME A VOTRE SUPERVISEUR.

DECIDEZ DE CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE A PROPOS DE CE PROBLEME.

### ETUDE DE CAS - Monsieur Kabu et l'anatoxine tétanique

Monsieur Kabu, l'infirmier communautaire, savait que de nombreux nourrissons décédaient du tétanos néonatal dans son secteur. Cela l'ennuyait beaucoup de ne pouvoir guérir ces jeunes enfants et il a été très heureux d'entendre parler de l'anatoxine tétanique. Il a travaillé très dur pour persuader les femmes venant en consultation prénatale de recevoir ce vaccin. Il vaccine environ quinze mères chaque mois. Ce qui représente 75% de la cible.

Un jour, deux femmes ont refusées l'anatoxine tétanique. Puis, personne n'est venu à la consultation prénatale pendant trois semaines. Les mères ne venaient que quand elles étaient déjà en travail. Monsieur Kabu était très inquiet, mais il ne savait que faire. Il a dit aux mères ayant un enfant de parler aux femmes enceintes.

« Elles doivent recevoir cette injection pour protéger leur nouveau-né » dit-il.

Les mères paraissaient embarrassées et n'ont rien répondu. La semaine suivante, seules deux mères avec leurs enfants sont venues pour les autres vaccins.

Pour la surveillance, Madame Mena est venue pour inspection. Elle a constaté le peu de personnes présentes à la séance de vaccination et elle a demandé quel était le problème. Elle savait que monsieur Kabu est un bon agent de santé et qu'il est méticuleux. Il n'a pas su lui répondre.

Quelques semaines plus tard, Madame Mena est revenue. Chemin faisant, elle s'est arrêtée sur le marché pour y acheter des haricots et elle a parlé avec Madame Joki qu'elle connaît depuis longtemps.

« Vous souvenez-vous de Madame Ella ? Elle a fait une fausse couche, un jour après avoir reçu la nouvelle injection. Maintenant, toutes les femmes ont peur de ce vaccin », a répondu [Madame Joki-

« O! C'est bien triste. Merci de m'en avoir parlé. Nous devons essayer d'arranger cela ».

Elle est allée au poste de vaccination, a raconté l'histoire à Monsieur Kabu et ils ont discuté tous deux de la conduite à tenir.

#### Points à discuter

(a) Quelle était l'erreur de Monsieur Kabu?

(b) Que feriez-vous si les gens cessaient soudain de venir à vos séances de vaccination?

### ETUDE DE CAS -l'obligeante Sage femme

L'infirmière Sadi se réjouit de vacciner les enfants, même s'ils pleurent. Elle dirige toujours des séances activités et amicales.

L'évaluation a établi qu'elle vaccinait environ 40% de la population cible .Elle aimerait faire mieux, *mais* elle ne sait pas comment s'y prendre pour faire venir plus de mères.

Un mois, elle a constaté qu'elle avait vacciné 75% de la population cible. Le mois suivant, c'était 80% Sadi était très contente. Elle a voulu savoir la raison de ce succès, aussi a-t-elle commencée à demander à certaines mères pourquoi elles venaient.

« O! la sage-Femme a l'hôpital a dit de le faire », a répondu une mère.

«Vous savez, cette jolie sage-femme qui est nouvelle. Je pense qu'elle est l'épouse du médecin qui s'occupe des enfants à l'hôpital.

Elle a dit à toutes les mères d'allaiter leur enfant et de l'amener aux vaccinations. »

« Non, je ne connais pas cette nouvelle sage femme, mais j'espère que je pourrai la rencontrer bientôt, a répondu Sadi.

#### Points à discuter:

Quelle leçon cette histoire nous enseigne-t-elle en ce qui concerne l'augmentation de la couverture vaccinale?

Exercice - leçons qui se dégagent des études de cas

Revoyez les études de cas des autres modules

Discutez ce qu'ils vous appartiennent en matière d'évaluation

Module 1- Le médecin enthousiaste de Munga

Les efficaces vaccinateurs de Nali

Module 2- Jour où l'infirmière Libby procède au tri des enfants à vacciner.

Module 4- L'accident de l'infirmière Martha

Module 6- La séance de vaccination qui était trop loin

Docteur Jan, le médecin qui travaille dur

#### **7-7 CONCLUSION**

Essayez toujours d'évaluer votre travail et d'accroître votre couverture vaccinale.

Si votre programme n'est pas couronné de succès, parlez-en avec les habitants de la communauté. Découvrez-en la ou les raisons et essayez de mieux faire.

Si votre programme est couronné de succès. Faites-le savoir également autour de vous.

Remerciez et félicitez toutes les personnes qui vous ont apporté, leur aide,

Remerciez les autres agents de santé

Remerciez les dirigeants locaux

Remerciez les personnes qui vous ont servi de liaison

sans oublier les mères et les enfants que vous avez vaccinés..

## **Conservation des vaccins**

### **La conservation des vaccins**

Pour que les vaccins soient efficaces il faut qu'ils conservent leur activité depuis le moment de leur fabrication jusqu'à celui de leur utilisation. Un vaccin qui n'est pas conservé dans de bonnes conditions au frais ne protège pas les enfants de la maladie contre laquelle on vaccine

Les vaccins sont vulnérables certains d'entre eux contiennent des organismes vivants qui doivent être maintenus à une température adéquate tandis que d'autres sont détruits à une température trop basse.

Les vaccins doivent être rigoureusement conservés entre - 4 degrés C et + 8 degrés C

De multiples facteurs interviennent dans la dénaturation des vaccins les modifications du PH la lumière mais ce sont surtout la thermosensibilité des vaccins et la modification de la température de conservation qui posent le problème essentiel le plus difficile à résoudre.

D'une étude de l'O.M.S sur la stabilité des vaccins il ressort que les anatoxines tétanique et diphtérique sont les plus stables suivies par le vaccin coquelucheux associé au vaccin diphtérie tétanos puis par le vaccin poliomyélique inactivé le B.C.G lyophilisé le vaccin de la rougeole et le vaccin poliomyélique vivant

Les vaccins diphtérique et tétanique peuvent résister à des températures aussi élevées que 37 degrés C pendant plusieurs mois tandis que le vaccin rougeole lyophilisé reconstitué n'est stable que pendant plusieurs heures

Certains vaccins peuvent être congelés lors de leur stockage il s'agit essentiellement de vaccins viraux à virus vivants atténués ( polio oral, fièvre jaune, oreillons, rougeole) mais parfois leur conditionnement unitaire avec le solvant contre indique leur congélation ampoule de solvant risque d'éclater lors de la congélation D'autres par contre ne doivent en aucune façon être congelés il s'agit des vaccins inactivés surtout adsorbés D'après les études menées par l'O.M.S il s'avère que la congélation des vaccins adsorbés ( D.T Coq ou D.T ) peut diminuer leur activité et contre -indiqué formellement leur utilisation granuleuses ou floconneuses à la décongélation lorsqu'ils sont secoués ils sédimenteront dans les 30 minutes en donnant un dépôt surmonté d'une colonne de liquide claire indiquant que le vaccin a été congelé

Les vaccins les plus sensibles à la chaleur seront placés dans la partie la plus froide généralement en haut du réfrigérateur Par ailleurs l'exposition répétée à des températures élevées d'un vaccin exerce un effet néfaste commutatif sur son activité

### **Les règles d'utilisation d'un réfrigérateur**

**Quelques règles sont à respecter pour employer correctement un réfrigérateur**

- 1- dans le compartiment congélateur des accumulateurs de froid seront placés pour aider à tenir les vaccins au frais en cas de panne et pour garnir les glaciers
  - 2- en disposant les vaccins il faut laisser des vides entre les paquets en les séparant des solvants afin que l'air puisse circuler et maintenir les vaccins à une température constante
  - 3- Les étagères seront remplies avec des bouteilles d'eau en plastique qui forment un volant de froid de sécurité en cas de panne
  - 4- Le vaccin DTC ne doit pas être en contact avec le congélateur il risquerait d'y geler
  - 5- la Température du réfrigérateur sera vérifiée une ou deux fois par jour grâce à un thermomètre et notée sur une courbe
  - 6- Le début et la durée d'une panne seront scrupuleusement notés ainsi que les mesures prises pour protéger les vaccins
  - 7- il ne faut rien placer dans les portes et ne conserver ni nourriture ni boisson dans un réfrigérateur destiné aux vaccins
  - 8- Le dégivrage sera effectué chaque fois qu'il y a une couche de glace de quelques millimètres (maximum 5) sur le compartiment congélateur Au moment du dégivrage les vaccins seront mis temporairement dans une boîte isotherme
- Débranchez l'appareil placez un pot d'eau chaude à l'intérieur du congélateur (n'utilisez jamais un objet pointu un tournevis ou un couteau pour enlever la glace : vous risquer de percer la paroi de l'appareil)

Ne remettez les vaccins dans le réfrigérateur seulement une fois que la température inférieure est de + 8 degrés C

9- La porte du réfrigérateur doit être fermée hermétiquement à clef si possible sinon l'appareil doit être placé dans une pièce se fermant à clef

10- Après une séance de vaccination les ampoules de vaccins qui n'ont pas été ouvertes doivent être remises sans tarder dans le réfrigérateur

Tout flacon de vaccin ouvert et non utilisé doit être détruit

Il ne faut jamais conserver des ampoules de vaccin ouvertes.

DIRECTION DE LA PREVENTION

## LES COMPLICATIONS NEURO-CEREBRALES APRES VACCINATION

Les complications neurologiques des vaccinations sont rares parfois rarissimes on les rencontre essentiellement après les vaccinations anti-coquelucheuse anti-poliomyélitique.

### **LES ACCIDENTS NEUROLOGIQUES APRES VACCINATION CONTRE LA COQUELUCHE**

La crainte du médecin vaccinateur est surtout dominée par la surveillance de complications graves en particulier d'accidents neurologiques.

Le vaccin anti-variolique était autrefois le plus souvent incriminé mais depuis l'arrêt de cette vaccination le vaccin le plus souvent mis en cause est le vaccin coquelucheux qui continue de donner lieu à de nombreuses études et publications parfois contradictoires.

#### **1.1 CONVULSIONS**

Divers enquêteurs estiment que la fréquence des convulsions après vaccination coquelucheuse n'est pas supérieure à celle notée dans une population du même âge non vaccinée.

Il est difficile de faire la différence entre les convulsions hyperthermiques ou non qui surviennent après vaccinations anti-coquelucheuse et les chiffres sont disparates.

#### **1.2 ETAT DE CHOC**

Des états de choc peuvent survenir après vaccination coquelucheuse surtout chez les nourrissons âgés de 03 à 06 mois - 6 à 10h après la première injection le début est brutal marqué par une pâleur parfois par une cyanose et une certaine agitation disparaissant en quelques minutes sans laisser de séquelles.

Des antécédents allergiques personnels et familiaux sont notés dans environ la moitié des cas. L'incidence de ces accidents est estimée selon les auteurs à environ 1 cas pour 10 000 à 20 000 vaccinations.

#### **1.3 SYNDROME DU CRI PERSISTANT**

Connu depuis la description initiale de COCKBURN en 1958 le syndrome du cri ou hurlement persistant atteint de même que les états de choc les nourrissons âgés de 3 à 6 mois 6 à 10 heures environ après la première injection. La signification de ce syndrome reste mystérieuse. Son incidence est évaluée selon les auteurs entre 0,5 et 6 pour 10.000 vaccinations. Mais CODY et COLL. Miller et Coll notent dans leurs études un taux de fréquence beaucoup plus important s'élevant jusqu'à 3/100

#### **1.4 ENCEPHALOPATHIES**

Ce sont surtout les encéphalopathies qui sont les plus redoutées par le médecin vaccinateur. La aussi ce sont de jeunes nourrissons âgés de 2 à 6 mois qui sont les

plus touchés les troubles surviennent de quelques heures à 2-3 jours après vaccination.

La symptomatologie est très variée pouvant associer des troubles convulsifs et sensoriels dont 3/100 gardant des séquelles importantes.

L'incidence des encéphalopathies après vaccination coquelucheuse est différemment appréciée et varie selon les auteurs entre 0,01 pour 1 000 soit une encéphalopathie pour un million de vaccinations.

L'O.M.S donne un taux de fréquence des encéphalopathies qui varie entre 0,09 et 4/100 y compris les cas épileptiques, les signes neurologiques localisés le coma et le syndrome de Reye.

#### **1.5 ACCIDENTS MORTELS**

Les accidents mortels après vaccination coquelucheuse surviennent habituellement après l'évolution plus ou moins longue d'accidents neurologiques graves,

leur incidences n'est pas connu STROM rapporte 3 décès pour 215 000 enfants vaccinés et AICARDI et CHEVRI notent 1 décès sur 25 cas d'accidents neurologiques MALLETT et LABRUNE chiffrent le risque à 1 sur 5 millions de vaccinations.

Les facteurs responsables des accidents mortels ne sont pas connus mais divers auteurs incriminent le facteur sensibilisant à l'histamine due au bacille de Bordet Gengou.

### **LES ACCIDENTS ENCEPHALITQUES APRES VACCINATION**

#### **2.1 Les accidents après la rougeole**

Les acquisitions récentes sur le rôle possible du virus sauvage de la rougeole dans l'étiologie de certaines panencéphalites ainsi que la connaissance des encéphalites morbilleuses et la fréquence des nomades attestent la neurotropisme du virus morbilleux.

Les complications nerveuses de la rougeole ont pris récemment plus d'importance au fur et à mesure que les complications pulmonaires diminuent sous l'effet des antibiotiques, l'encéphalite morbilleuse est imprévisible et frappe quelque soit l'âge et le terrain.

#### **2.2 LES ACCIDENTS APRES LES VACCINATIONS**

LANDRIGAN WITTE étudie les manifestations neurologiques observées moins de 30 jours après vaccination chez 50,9 millions d'enfants vaccinés entre 1963 et 1971 aux Etats Unis, ont révélé la faible incidence de telles manifestations.

Ces auteurs ont montré que l'incidence des accidents neurologiques est de 1,16 par millions de doses de vaccin distribuées.

Toutefois, le taux d'incidence chez ceux qui ont reçu la souche Edmonston B a été 1,61 par million de doses contre 0,78 par million de doses chez les sujets vaccinés par le vaccin suratténué Schwarz

L'incidence des manifestations neurologiques post-vaccinales est de loin inférieure à celle des encéphalites dues à la rougeole naturelle qui suivent à la fréquence approximative de 1 pour 1000 à 2000 cas de rougeole.

La crainte de la vaccination rougeoleuse était surtout dominée par la survenue d'une panencéphalite sclérosante subaiguë. Cette crainte s'est révélée sans fondement et les données disponibles. Actuellement une association plus faible de la maladie après vaccination qu'après rougeole naturelle.

MODLIN a rapporté les résultats d'une étude effectuée entre 1960 et 1974. Il note 5 à 10 fois moins de panencéphalite après vaccination qu'après rougeole naturelle, soit 0,5 à 1,1 cas pour 1 million de rougeoles

D'après l'OMS le risque de leucoencéphalite est au moins 12 fois inférieur après vaccination par rapport au risque consécutif à la rougeole.

### **III. LES ACCIDENTS PARALYTIQUES APRES VACCINATION CONTRE LA POLIOMYELITIS**

Le risque de survenue de Poliomyélite paralytique au cours de la vaccination par le vaccin Sabin est réel.

Dans certains cas, il a pu être démontré que ces accidents survenaient chez des sujets en état de carence immunitaire.

Dans une étude récente rapportée par la CDS d'ATLANTA entre 1969 et 1980 sur 291 millions de doses de vaccin buccal distribués 93 cas de Poliomyélite paralytiques associées à la vaccination ont été signalés dont 36 chez les vaccinés soit 1 cas pour 8 millions de doses et 57 dont l'entourage soit un cas pour 5 millions de doses

La majorité des cas vaccinaux 96/100 concernaient des enfants âgés de moins de 4 ans tandis que 73/100 des sujets contact étaient essentiellement dus aux types II et III.

Enfin il est important de souligner que les cas ayant atteint l'entourage d'un vacciné peuvent être prévenus par la vaccination des sujets réceptifs en contact.

Aux Etats-Unis, le risque de paralysie chez un individu vacciné ou chez ses proches contacts a été estimé à 1 cas pour 3,2 millions de doses distribués.

Ces incidents proportionnellement rarissimes sont bien à révéler de façon systématique en vue d'évaluation du risque mais ne doivent pas jeter le discrédit sur la vaccination antipoliomyélitique.

**Fiche technique d'utilisation du vaccin antihépatite B pédiatrique**

**Forme et présentation**

Flacon d'une dose suspension injectable accompagné d'une seringue 2,5 ml.

**Composition**

Antigène protéique recombinant HBS – (Ag HBs)

Dosage

10 Micro – grammes

**Posologie et mode d'administration**

Posologie : La primo–vaccination comprend 3 doses :

la première dose est administrée à la naissance

la deuxième dose est administrée à 1 mois

la troisième dose est administrée au 5<sup>ème</sup> mois

Une fois débutée, la primo – vaccination doit être poursuivie avec le même vaccin.

**Mode d'administration**

Ce vaccin pédiatrique doit être injecté par voie intramusculaire dans la région antérolatérale de la cuisse chez le nourrisson.

Exceptionnellement, le vaccin peut être administré par voie sous cutanée chez les enfants ayant une thrombocytopénie ou présentant un risque d'hémorragie.

**Incompatibilités**

Ce vaccin antihépatite B pédiatrique ne doit pas être mélangé avec d'autres vaccins dans la même seringue.

**Conditions de conservation**

Le vaccin doit être conservé à une température comprise entre + 2°C et 8°C

Le vaccin ne doit pas être congelé .Ne jamais utiliser un vaccin ayant été congelé.

Le contenu du flacon après stockage peut présenter un léger dépôt blanchâtre avec un surnageant limpide incolore .Après agitation le vaccin est légèrement opaque .Bien agiter le flacon avant emploi.



**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DE LA PREVENTION

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N°932 MSPRH/DP DU 10 août 2002**

DESTINATAIRES

MESSIEURS LES WALIS	POUR INFORMATION
MONSIEUR LE DG DE L'IPA	POUR INFORMATION
MESSIEURS LES DSP	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES CHU	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES EHS	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES	POUR EXECUTION

**OBJET: Remplacement de la vaccination antitétanique (VAT) par la vaccination antidiphtérique antitétanique (DT).**

L'Algérie a connu une réapparition de la diphtérie sous forme de petites épidémies localisées durant les années 1993, 1994 et 1995.

Cette situation a amené le changement du calendrier vaccinal (arrêté du 14 janvier 1997) avec l'introduction de la vaccination DT en milieu scolaire à 6 ans, et du dT (adulte) entre 11-13 ans et 16-18 ans avec un rappel tous les 10 ans après 18 ans.

L'OMS recommande le remplacement progressif du vaccin antitétanique (VAT) par le vaccin antidiphtérique antitétanique dans tous les pays où la couverture vaccinale par le DTC 3 atteint ou dépasse 70 % depuis 5 ans au moins.

Le dt adulte contient moins d'anatoxine diphtérique (de 2 à 5lf par dose) par rapport au DT enfant à cause de l'hyper-réactivité des sujets déjà sensibilisés à l'antigène.

La vaccination antitétanique chez la femme enceinte sera aussi remplacée par la vaccination antidiphtérique anti-tétanique. Il n'existe pas de contre indication à la vaccination combinée antidiphtérique, anti-tétanique chez la femme enceinte. L'OMS souligne l'innocuité totale du DT pour la femme enceinte.

De même devant toute plaie ouverte à risque tétanigène la vaccination anti-tétanique (VAT) sera systématiquement remplacée par la vaccination antidiphtérique– antitétanique (dt) en tenant compte du statut vaccinal du sujet et du calendrier vaccinal en vigueur conformément à la note Ministérielle N° 01 du 18 janvier 1997 fixant les modalités de prise en charge de toute plaie présentant un risque tétanigène.



**VACCINATION DES FEMMES ENCEINTES ET DES FEMMES EN AGE DE PROCREER NON VACCINEES OU INCORRECTEMENT VACCINEES OÙ L'ETAT VACCINAL EST INCONNU.**

DOSES	DATE ET INTERVALLE MINIMAL
DT1	A PARTIR DU 2EME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE OU LORS D'UN PREMIER CONTACT EN DEHORS DE LA GROSSESSE POUR LES FEMMES EN AGE DE PROCREER
DT2	4 SEMAINES APRES LE DT 1
DT3	6 MOIS APRES LE dt 2 OU LORS D'UNE GROSSESSE ULTERIEURE
DT4	1 AN APRES LE dt3 OU LORS D'UNE GROSSESSE ULTERIEURE
DT5	1 AN APRES LE dt4 OU LORS D'UNE GROSSESSE ULTERIEURE

## LA VACCINATION ANTITETANIQUE DES FEMMES ENCEINTES ET DES FEMMES EN AGE DE PROCREER VACCINEES ANTERIEUREMENT

IL FAUT TENIR COMPTE DES VACCINATIONS ANTERIEURS RECUES

IL FAUT TENIR COMPTE DES VACCINATIONS ANTERIEURS RECUES LORS DE L'ENFANCE OU DE L'ADOLESCENCE SELON LE TABLEAU CI- DESSOUS :

LORS DE DERNIERES VACCINATION	VACCINATIONS ANTERIEURES	VACCINATIONS RECOMMANDEES			
		Population cible		Ultérieurement (à au moins 1 an d'un an d'intervalle)	
		Femme en âge de procréer	Femme enceinte	Femme en âge de procréer	Femme enceinte
1 <sup>ère</sup> enfance	3 DTC	2 dt *	2dt	1dt	1dt
2 <sup>ème</sup> enfance	3 DTC+1Rappel à 18 mois	1 dt	1dt	1dt	1dt
scolaire	3DTC+1Rappel à 18 mois, pas de rappel à 6 ans	1 dt	1 dt	1 dt	1 dt
scolaire	3 DTC+1Rappel à 18 mois+1Rappel DT à 6ans	1 dt	1dt	aucune	aucune
Adolescence	4 DTC+1 Rappel DT à 6 ans +1 Rappel à 11-13 ans	1 dt **	Aucune	Aucune	Aucune
Adolescence	4 DTC+1 Rappel DT à 6 ans +1 Rappel à 11-13 ans et 1 rappel à 16-18 ans	1 dt **	Aucune	Aucune	Aucune

SERVICE : WHO/ EPI / GEN / 95.03 modifié  
 4 semaines minimum entre les doses  
 Un rappel tous les 10 ans selon le calendrier vaccinal

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DE LA PREVENTION

DESTINAIRES

MESSIEURS LES WALIS	POUR INFORMATION
MONSIEUR LE DG DE L'IPA	POUR INFORMATION
MESSIEURS LES DSP	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES CHU	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES EHS	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DIRECTEURS	
DES SECTEURS SANITAIRES	POUR EXECUTION

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 4074 MSPRH/DP DU 03 DECEMBRE 2002**

**Objet : INTRODUCTION DE LA VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B DANS LE PEV**

**INTRODUCTION**

Le virus de l'hépatite B (HBV) est responsable d'une maladie dont les complications sont graves et parfois mortelles chez l'homme. Cinq pour cent (5%) de la population mondiale est porteuse chronique.

Les infections à HBV qui évoluent vers la chronicité se produisent en général très tôt dans la vie. Les lésions chroniques du foie qui se développent lentement chez les sujets qui deviennent porteurs constituent l'un des aspects les plus importants de la maladie.

Plus l'infection à été contractée tôt, plus le risque est élevé ; plus les personnes sont jeunes au moment de contracter l'hépatite B, plus les risques d'infection chronique et de conséquences graves sont élevés.

L'objectif principal de la vaccination contre l'hépatite B consiste à prévenir l'hépatite B chronique, la cirrhose et le carcinome hépato-cellulaire en réduisant la fréquence de l'état de porteur chronique du virus de l'hépatite B.

Il est actuellement reconnu que la vaccination de l'enfant constitue le seul moyen capable d'assurer la réduction de la fréquence des cas d'hépatite B et par là d'aboutir à l'élimination de la maladie.

La vaccination contre l'hépatite B est la première vaccination opérationnelle contre un cancer, car en réduisant le portage chronique du virus de l'hépatite B elle prévient les hépatites chroniques et leurs complications à type de carcinome hépato-cellulaire qui surviennent dans 20% des hépatites chroniques.

**SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE**

**Dans le Monde**

L'hépatite B constitue un véritable problème de santé publique dans le monde.

L'OMS dénombre plus de 280 millions d'individus infectés, qui constituent le réservoir de virus.

Dans le monde, on distingue actuellement trois situations épidémiologiques en fonction du taux de portage de l'antigène HBS.

**DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DE L'INFECTION VIRALE DE L'HEPATITE B**

Prévalence de l'Hbs Ag	< 2% Faible	2 – 8% Moyenne	8 % Elevée
REGIONS	AUSTRALIE AMERIQUE DU NORD EUROPE DE L'OUEST	EUROPE DE L'EST RUSSIE PAYS MEDITERRANEES PROCHE ORIENT ALGERIE	AFRIQUE SUB SAHARIENNE ASIE DU SUD EST CHINE MERIDIONALE

Avec une population mondiale d'un peu plus de 6 milliards d'habitants, plus de 3,5 milliards vivent dans des zones de forte ou de moyenne endémicité.

**EN ALGERIE**

En Algérie, jusqu'en 1998, seules des données d'études parcellaires existaient.

Il s'agissait essentiellement d'études ciblant des populations bien déterminées à savoir les donneurs de sang, les hémodialysés, les femmes enceintes...

L'enquête nationale sérologique initiée par l'INSP et l'IPA en novembre 1998 sur un échantillon de 8126 personnes représentatif de la population Algérienne. Elle a montré que le taux de portage global de l'AghBs est de 2,15% confirmant ainsi le classement de l'Algérie dans la catégorie des pays de moyenne endémicité (2% - 8%).

## CALENDRIER VACCINAL

Conformément à l'arrêté du 28 Octobre 2000 fixant le nouveau calendrier de vaccination contre certaines maladies transmissibles, la vaccination contre l'hépatite B (HBV) est introduite aux âges déterminés par le tableau ci-après :

Age de la vaccination	Vaccins
Naissance	BCG + POLIO ORAL + HBV1
01 Mois	HBV2
03 Mois	DTCoq +POLIO ORAL
04 Mois	DTCoq +POLIO ORAL
05 Mois	DTCoq +POLIO ORAL + HBV3
09 Mois	ANTIROUGEOLEUX
18 Mois	DTCoq +POLIO ORAL
06 Ans	DT enfant +POLIO ORAL + ANTIROUGEOLEUX
11-13- Ans	DT adulte + POLIO ORAL
16-18 Ans	DT adulte + POLIO ORAL
Tous les 10 ans après 18 Ans	DT adulte

## ENFANTS CONCERNES PAR LA VACCINATION

Sont concernés par la vaccination contre l'hépatite B tous les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> Janvier 2003.

## CALENDRIER DE RATTRAPAGE

*Le respect du calendrier vaccinal est primordial.*

Les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003 se présentant dans les délais autres que ceux fixés par le calendrier vaccinal en vigueur devront se soumettre au calendrier de substitution suivant :

1<sup>ère</sup> dose dès la captation de l'enfant

2<sup>ème</sup> dose 1 mois après

3<sup>ème</sup> dose 4 mois après la 2<sup>ème</sup> dose

## EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE

L'évaluation de la couverture vaccinale se fera sur les mêmes supports aménagés que pour l'évaluation des autres vaccinations du PEV.

L'évaluation de la couverture vaccinale se fait par cohortes de naissance. Chaque enfant vacciné par le vaccin Hépatite B doit être comptabilisé de la même manière que pour les autres vaccins dans sa cohorte de naissance.

## INFORMATION –EDUCATION – COMMUNICATION

Il est primordial de mettre en place un large plan de communication de manière à sensibiliser le grand public sur les dangers de l'hépatite B, l'intérêt de la vaccination des nourrissons et l'absence de dangers de cette vaccination. A cet effet, tous les moyens locaux de communication seront utilisés. Par ailleurs il est important de procéder à une large diffusion de cette instruction auprès du personnel de santé et organiser des rencontres de manière à avoir une complète adhésion à l'introduction de cette vaccination.

## CONCLUSION

Il est impératif d'engager dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 la vaccination de tous les nouveaux nés selon le nouveau calendrier vaccinal et de procéder au rattrapage des enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003 qui seraient captés en retard.

J'attache la plus haute importance à l'application stricte des dispositions de la présente instruction dont il y a lieu de signaler toute difficulté d'application à la Direction de la prévention.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

Dr M. EL.K. KELLOU

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 01 DU 09 AVRIL 2001 MSP/DP PORTANT PLAN NATIONAL DE  
SURVEILLANCE DES MANIFESTATIONS POST- VACCINALES INDESIRABLES (MPVI)**

DIFFUSION A :

MESSIEURS LES DSP/TOUS  
MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES/ TOUS  
MESSIEURS LES DG DES CHU/ TOUS  
MESSIEURS LES DG DES EHS/ TOUS  
MESSIEURS LES DIRECTEURS DES ORS

POUR EXECUTION

**I- INTRODUCTION ET INTERET**

La vaccination a pour but de protéger les individus et la communauté contre les maladies évitables grâce aux vaccins. Depuis la mise en œuvre du Programme Elargi de vaccination en 1977, des millions d'enfants ont été vaccinés en Algérie. La préoccupation majeure du Ministère de la santé et de la population a été d'intensifier les activités du PEV de manière à réduire la mortalité et la morbidité dues aux maladies contrôlables par la vaccination.

Des millions de doses de vaccins ont été administrés depuis l'indépendance non seulement au cours des campagnes de vaccination, mais aussi lors de la vaccination de routine. L'objectif est d'administrer à nos enfants un vaccin de qualité, sûr et administré correctement.

Chaque vaccin administré doit répondre à certains critères :

- innocuité
- efficacité
- toxicité

Les MPVI proviennent de la réaction d'un individu donné à un vaccin donné. Puisqu'il s'agit d'un incident médical «personnel », il est peu probable que plusieurs personnes soient victimes d'une telle réaction au même vaccin administré pendant la même séance.

La plupart des MPVI liées aux vaccins sont bénignes et de courte durée. Il s'agit par exemple, de réactions générales modérées telles que fièvre et exanthème ou de réactions locales avec rougeur, sensibilité et douleur au point d'injection.

**II- DEPISTAGE ET DECLARATION DES MPVI**

**1- Définition d'une MPVI :**

Une manifestation post-vaccinale (MPVI) est un effet indésirable qui se produit à la suite d'une vaccination et dont on pense qu'il est dû à celle-ci.

Un lien de causalité doit être établi pour faire la relation entre l'effet indésirable et l'administration du vaccin.

**2- Quelles MPVI faut-il inclure dans le système de surveillance ?**

Toutes les MPVI suivantes doivent être rapportées si leur apparition suit l'immunisation :

Tout abcès qui se manifeste au point d'injection.

Tout cas de lymphadénite consécutive au BCG

Tout décès que soit les agents de santé, soit les membres du public, pensent qu'il est lié à la vaccination.

Tout cas d'hospitalisation que les agents de santé, soit les membres du public pensent qu'il est lié à la vaccination.

Tout autre incident médical sévère ou exceptionnel que soit les agents de santé, soit les membres du public pensent qu'il est lié à la vaccination.

**CLASSIFICATION DES MPVI :**

Bien que se soient des manifestations rares, leur surveillance aide à sauvegarder la confiance du public dans le programme de vaccination. Pour améliorer la qualité des services, la surveillance des MPVI doit faire partie intégrante du programme élargi de vaccination. La mise en place d'un système de surveillance des MPVI est une nécessité elle permettra le suivi, l'investigation et la déclaration des manifestations indésirables.

**A - Effets secondaire locaux :**

Tout abcès qui se manifeste au point d'injection.

Lymphadénite (y compris la forme suppurative)

Réaction locale grave

B- Manifestations post-vaccinales indésirables affectant le SNC

Paralysie flasque aigue

Encéphalopathie

Méningite

Convulsions

C- Autres

Fièvre

Anaphylaxie aigue

Choc toxique

**3- SUPPORT DE DECLARATION DES MPVI**

La déclaration de toute MPVI se fait sur le support de déclaration en annexe 1 qui comporte :

L'identification du cas

L'identification de la réaction indésirable

L'évolution immédiate du cas

**4- MODALITES DE DECLARATION**

Toute MPVI doit faire l'objet :

D'une déclaration immédiate par le SEMEP, ou par le privé par les moyens de communication les plus rapides (fax, téléphone, télex) au niveau de :

la DSP

la Direction de la prévention : PEV (Programme Elargi de Vaccination) sur le support de déclaration : Formulaire 1

d'une enquête immédiate sur le support d'enquête Formulaire 2 qui doit être adressé aux mêmes destinataires.

Seules les MPVI Modérées (ayant nécessité un traitement spécifique léger ou une hospitalisation) et les MPVI graves (ayant nécessité une hospitalisation et un traitement spécifique lourd) sont à déclarer.

En l'absence de toute MPVI il est nécessaire de déclarer le " zéro cas de MPVI " (MPVI modérées et graves) sur le même support lors de la transmission du rapport trimestriel de la couverture vaccinale de routine.

La même procédure s'applique à la vaccination en milieu scolaire :

Déclaration immédiate sur le même support de toute MPVI survenue lors des activités de vaccination en milieu scolaire

Déclaration du "Zéro cas de MPVI" sur le même support lors de la transmission du rapport trimestriel de la couverture vaccinale.

#### **5-ENQUETE AUTOUR DU CAS DE MPVI**

La déclaration d'une MPVI est obligatoirement suivie d'une enquête autour du cas qui permettra d'identifier la cause d'y remédier.

Il est impératif d'utiliser une fiche d'enquête (formulaire 2) Pour chaque cas de MPVI déclaré.

#### **6- ANALYSES DES DONNEES DE L'ENQUETE**

L'analyse des données relatives aux MPVI consiste à examiner le rapport d'enquête, d'autres données liées à l'incident et à poser un diagnostic final et à identifier la cause probable de la MPVI

L'enquêteur doit classer la MPVI en une des trois catégories suivantes en fonction des indices trouvés :

Erreur programmatique

Incident lié au vaccin

Coïncidence et inconnue

**Erreurs programmatiques** : ce sont les erreurs programmatiques qui constitueront la cause la plus fréquente des MPVI. Par conséquent, l'enquêteur doit commencer par rechercher des indices d'erreurs de stockage, de manipulation ou d'admission des vaccins.

Liste d'erreurs fréquentes, qui peut aider l'enquêteur si la cause de la MPVI n'est pas évidente d'emblée :

Administration d'une dose excessive

Vaccination pratiquée au mauvais endroit

Mauvaise préparation du vaccin

Usage d'un médicament à la place du vaccin ou du solvant

Vaccin ou solvant contaminé

Mauvais stockage du vaccin

Réutilisation d'un vaccin entamé lors d'une séance précédente (alors qu'il fallait le jeter en fin de séance).

#### **Les MPVI liées au vaccin**

Proviennent de la réaction d'un individu donné à un vaccin donné.

Puisqu'il s'agit d'un incident médical « personnel », il est peu probable que plusieurs personnes soient victimes d'une telle réaction au même vaccin administré pendant la même séance.

La plupart des MPVI liées aux vaccins sont bénignes et de courte durée. Il s'agit, par exemple de réactions générales modérées telles que fièvre et exanthème ou de réactions locales avec rougeur, sensibilité et douleur au point d'injection.

#### **Les MPVI survenues par coïncidence ou de cause inconnue :**

Sont dues à des facteurs autres qu'une erreur programmatique ou qu'une réaction individuelle à un vaccin donné. Il s'agit d'incidents qui se seraient manifestés même sans la vaccination. Le seul rapport qui existe entre ce genre de MPVI et les vaccins ou les vaccinations est un rapport chronologique.

L'indice le plus concluant qu'un incident médical est survenu par coïncidence est l'apparition des mêmes symptômes chez les personnes non vaccinées.

Le but d'une enquête sur une MPVI (ou sur un groupe de MPVI) est de trouver et d'éliminer la cause de celle-ci. Même si l'on n'arrive pas à trouver la cause de la MPVI, ou si l'on constate qu'elle est due à la vaccination, le seul fait que la MPVI ait fait l'objet d'une enquête peut renforcer la confiance du public dans la vaccination.

#### **7- EVALUATION DE SURVEILLANCE DES MPVI**

La surveillance des MPVI doit faire l'objet d'une évaluation périodique, qui doit entraîner des mesures correctrices.

#### **8-INDICATEURS DE SURVEILLANCE**

Complétude des rapports concernant le " Zéro cas de MPVI"= au nombre total de rapports reçus

Promptitude de la déclaration de la MPVI= Nombre de cas de MPVI déclarés dans les 24 heures suivant leur survenue.

Délai entre la survenue du cas de MPVI et le déclenchement de l'enquête

Nombre de MPVI signalées chaque année

Nombre de MPVI par cause

Nombre de MPVI par catégorie

Nombre de MPVI par antigène

**FORMULAIRE 1**

SUPPORT DE DECLARATION DES MANIFESTATIONS POST- VACCINALES INDESIRABLES			
WILAYA :		SECTEUR SANITAIRE :	
Nom et Prénom du malade :		Date de naissance : / / / / /	
/ / / / / / / / / / / / / / / /		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
<u>Description de la /ou des manifestations indésirables :</u>			
<u>Date d'apparition:</u> / / / / /			
<u>Date de déclaration:</u> / / / / /			
Vaccin reçu responsable de l'incident	Date d'administration	Voie D'administration (ID-SM-IM)	Point d'injection (Deltoïde, Avant-Bras, Fesse)

Antécédents de MPVI lors d'une vaccination antérieure  
Le patient a-t-il déjà présenté un incident au même vaccin :  Oui  Non

Si oui, préciser:      Le type de vaccin:

Le N° de la prise (DTCP1-TCP2...)

Identité du rapporteur :

Nom:

Prénom:

Grade:

**FORMULAIRE 2: FICHE D'ENQUÊTE EN CAS DE SUSPICION DE MPVI**

Wilaya :	Secteur sanitaire :	Commune :
Centre de vaccination :		
Nom :	Prénom :	Sexe :
Date de naissance :	Age (en absence de la date de naissance) :	
Adresse :		
Date de déclaration :		
Délai d'apparition des symptômes :(jours/minutes/heures) :		
Date de vaccination :	Date de l'enquête :	
ANTECEDENTS PERSONNELS : (terrain allergique, médicaments reçus, convulsions.....)		

Type de MPVI locale :

- Abscess au point d'injection :	oui/non / inconnu
- Lymphadénite liée au BCG	oui/ non/inconnu
- Réaction locale grave	oui/ non/ inconnu

Autres :

Fièvre	oui/non/ inconnu
Anaphylaxie	oui/non/ inconnu
Choc toxique	oui/non/ inconnu

Atteinte neurologique (système nerveux central) :

-Paralyse Flasque Aigue :	oui/non/ inconnu
-Encéphalopathies, Encéphalite/ Méningite :	oui/non/ inconnu
-Convulsions :	oui/non/ inconnu

Autres manifestations (préciser)

Vaccin(s) suspect(s)

Type de vaccin utilisé : (BCG, DTC, POLIO, ROUGEOLE.....) N° de lot Fabricant :  
 Date de péremption :

Traitement : oui/non/ inconnu Si oui, lequel :  
 Hospitalisation : oui/non/inconnu Si oui, indiquer l'hôpital :  
 Décès : oui/non/ inconnu

CAUSE RETENUE : ERREUR PROGRAMMATIQUE

MPVI LIEE AU VACCIN	<input type="checkbox"/>
MPVI survenue par coïncidence ou inconnue	<input type="checkbox"/>

Partie réservée au Comité de Pharmacovigilance

CLASSIFICATION FINALE/

ERREUR PROGRAMMATIQUE	<input type="checkbox"/>
MPVI LIEE AU VACCIN	<input type="checkbox"/>
MPVI SURVENUE PAR COINCIDENCE ou inconnue	<input type="checkbox"/>

EVOLUTION :

MPVI persistante	<input type="checkbox"/>
Guérison	<input type="checkbox"/>
Séquelles	<input type="checkbox"/>
Décès	<input type="checkbox"/>

Type de séquelles :  
 Si oui Date du décès :

Compte tenu de l'extrême importance de cette instruction Ministérielle, il vous est demandé, de procéder :  
 A sa large diffusion après du personnel de santé.  
 A la formation du personnel de santé pour la mise en œuvre de l'ensemble des actions liées à ce plan national.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION



DIRECTION DE LA PREVENTION

N° MSPRH /DP/04

ALGER, LE

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N°419 MSP/DP DU 25 MARS 2004 PORTANT  
RESPECT DES PROCEDURES ET DES TECHNIQUES DE VACCINATION**

DIFFUSION A :

- MESSIEURS LES DSP/ TOUS
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES / TOUS
- MESSIEURS LES DG DES CHU / TOUS
- MESSIEURS LES DG DES EHS / TOUS
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES ORS

POUR EXECUTION

Dans le cadre du programme Elargi de vaccination, une instruction Ministérielle N° 01 du 09 avril 2001 portant Plan National de surveillance des Manifestations Post Vaccinales indésirables (MPVI) a été largement diffusée à l'ensemble des personnels de santé. Le respect des procédures et des techniques de vaccination est le seul garant d'une immunisation Sécurisée. Cette note est destinée à rappeler au personnel chargé de la vaccination les règles élémentaires de la vaccination. J'attire votre attention sur la stricte diffusion de cette instruction auprès de l'ensemble du personnel de santé.

LA DIRECTRICE DE LA PREVENTION

**F.Belatèche**

### **1- LE RESPECT DES CONTRE INDICATIONS**

Les contre indications aux vaccinations sont extrêmement rares .Elles sont souvent non justifiées et retardent l'immunisation des enfants.

- une fièvre modérée
- une infection des voies aériennes supérieures.
- une diarrhée.
- la malnutrition.
- une dermatose.
- la prématurité

Ne sont pas des contre indications à la vaccination.

Une maladie aiguë préoccupante contre-indique TEMPORAIREMENT la vaccination

Toute réaction de type anaphylactique survenue lors d'une vaccination est une contre-indication à la poursuite de la vaccination par le type de vaccin incriminé.

### **2- LE RESPECT DES INTERVALLES ENTRE LES VACCINATIONS**

A titre exceptionnel un intervalle plus large peut être toléré entre les prises d'un même

Vaccin. Ceci n'implique pas de recommencer la vaccination depuis le début. Il faut

Reprendre la vaccination là ou elle a été interrompue, c'est à dire administrer

Les doses manquantes comme s'il n'y avait pas d'intervalle prolongé.

Cependant pour qu'une vaccination de base soit complète le plus précocement possible (les maladies du PEV surviennent surtout dans la première année de la vie).

### **TOUT DOIT ETRE MIS EN ŒUVRE POUR RESPECTER LE CALENDRIER VACCINAL DANS L'INTERET DE L'ENFANT ET DE LA COLLECTIVITE**

#### **3 – LE RESPECT DE LA CHAINE DU FROID**

L'activité du vaccin est garantie par :

- Sa parfaite conservation depuis sa fabrication jusqu'à son administration.
- Son utilisation impérative avant la date de péremption fixée par le fabricant.

Les vaccins sont vulnérables. De multiples facteurs interviennent dans la dénaturation des vaccins. Parmi eux on peut citer :

- La chaleur.
- La congélation pour certains vaccins.
- La lumière.

#### **LES VACCINS DOIVENT ETRE RIGOREUSEMENT TRANSPORTES ET STOCKES ENTRE +0° ET +8°**

- Tous les vaccins du PEV perdent leur efficacité s'ils sont exposés à la chaleur.

- Les vaccins antitétaniques et DTC craignent également la congélation.

**UN VACCIN QUI A PERDU SON ACTIVITE SUITE A L'EXPOSITION A LA CHALEUR OU A LA CONGELATION NE LA RETROUVE PAS QUAND LA TEMPERATURE DE STOCKAGE CORRECTE EST RETABLIE**

Lorsque cette perte d'activité est consécutive à la chaleur, le vaccin ne change pas d'apparence. Il est donc impossible de distinguer un flacon de vaccin actif d'un flacon de vaccin inactif sans un contrôle complet.

#### 4 – LE RESPECT DES TECHNIQUES VACCINALES

TYPE DE VACCIN	PRESENTATION	T° DE CONSERVATION	SITE D'INJECTION
BCG	Ampoules de 10, 20,50 doses	+4°C à + 8°C	intradermique
Dtcoq	- Ampoules uni doses de 0.5ml de vaccin -Flacons multidoses : 20 doses	- + 4°C à + 8°C - congélation contre indiquée	- sous cutané en sous épineux - intramusculaire
TETRA COQ	Ampoules unidose à double compartiment : 0.5 ml DTC 0.5 ml anti-polio	- + 4°C à + 8°C - congélation contre indiquée	- sous cutané en sous épineux - intramusculaire
DT ENFANT	- Ampoules uni doses à 0.5ml n -Flacons multidoses : 20 doses	- + 4°C à + 8°C - congélation contre indiquée	- sous cutané - intramusculaire
DT ADULTE	- Ampoules uni doses de 0.5ml -Flacons multidoses : 20 doses par flacon	- + 4°C à + 8°C - congélation contre indiquée	- sous cutané - intramusculaire
VPO	Flacons de 20 doses	- + 4°C à + 8°C	Voie orale
ANTI ROUGEOLEUX	Flacons de 20 doses	- + 4°C à + 8°C	- sous cutané - intramusculaire
ANTI HEPATITE B	Ampoule unidose	- + 4°C à + 8°C	intramusculaire

#### 5- LE RESPECT DES PROCEDURES DE RECONSTITUTION DES VACCINS ET D'UTILISATION DU MATERIEL D'INJECTION

Les mesures suivantes doivent être scrupuleusement respectées :

##### 5-1 Les seringues

- Utiliser une seringue jetable pour la vaccination de chaque enfant
- Pour la vaccination au BCG n'utiliser que la seringue spéciale BCG, ne pas utiliser la seringue à insuline
- La vitamine K devra être injectée avec une seringue jetable destinée uniquement à cet effet
- Ne pas utiliser la seringue qui a servi à la vaccination BCG pour l'injection de la vitamine K

##### 5-2 Les diluants

- Seul le diluant fourni par le fabricant, propre au vaccin, doit être employé .N'utiliser aucun autre diluant car tous les diluants ne sont pas constitués d'eau stérile pour injection
- l'eau distillée pour injection ne doit pas être utilisée comme diluant pour vaccins
- Le diluant doit être distribué aux unités de vaccination en même temps que les flacons de vaccin qu'il va servir à reconstituer
- Avant reconstitution du vaccin, le diluant doit être mis au réfrigérateur à une température inférieure à +8°C pour éviter au vaccin tout choc thermique
- On utilisera une seringue jetable stérile pour chaque flacon de vaccin à reconstituer

##### 5-3 – Le réfrigérateur

- S'assurer qu'aucun autre médicament, ni réactifs de laboratoire, ni milieux d'enrichissement, ni des produits pouvant être confondus avec le vaccin ou avec son diluant ne doivent être conservés dans le réfrigérateur destiné à la vaccination
- S'assurer qu'aucun aliment n'est également conservé dans ce réfrigérateur

##### 5-4 – La conservation des vaccins reconstitués

- Il convient de procéder à la reconstitution des vaccins lyophilisés à l'abri de la lumière du soleil et de les conserver dans le porte vaccin ou enveloppés dans du papier ou dans une feuille d'aluminium
- Le BCG une fois reconstitué, doit être utilisé dans les deux heures qui suivent. Au delà de deux heures, le vaccin reconstitué doit être détruit
- L'antirougeoleux ne doit jamais être conservé plus de 6 heures après sa reconstitution.

##### 5-5 – L'étanchéité et l'intégrité des vaccins et seringues

Il est impératif de, vérifier, l'étanchéité et l'intégrité des flacons de vaccin et leurs dates de péremption ainsi que l'étanchéité de l'emballage de la seringue avant toute séance de vaccination.

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 434 MSPRH/DP DU 14 MARS 2005 PORTANT RESPECT DES  
CONTRE INDICATIONS DES VACCINATIONS DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)**

**MESSIEURS LES DSP/ TOUS POUR APPLICATION ET DIFFUSION A :**

- MESSIEURS LES DG DES CHU/ TOUS
- MESSIEURS LES DG DES EHS/ TOUS
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES/ TOUS

En complément des instructions Ministérielles N° 01 du 09 Avril 2001 portant Plan National de surveillance des Manifestations Post Vaccinales indésirables (MPVI) et N° 419 du 13 Mars 2004 relative au respect des procédures et des techniques vaccinales largement diffusées à l'ensemble des personnels de santé, la présente instruction rappelle le respect des contre indications de la vaccination, garant d'une immunisation sécurisée.

J'attire votre attention sur la large diffusion de cette instruction auprès de l'ensemble du personnel de santé.

**Toute maladie aiguë évolutive contre-indique TEMPORAIREMENT la vaccination.** On doit surseoir à tout acte vaccinal devant :

- une hyperthermie,
- une infection respiratoire aiguë,
- une diarrhée,
- une dermatose évolutive.....

**Toute réaction de type anaphylactique ou toute réaction d'intolérance grave** survenue lors d'une vaccination est une contre-indication à la poursuite de la vaccination par le type de vaccin incriminé et **doit obligatoirement être mentionnée sur le carnet de santé de l'enfant.**

Si un intervalle **minimum** d'un mois doit être respecté entre deux doses itératives d'un même vaccin afin de permettre une bonne réponse immunitaire, un intervalle plus large peut être toléré entre les prises d'un même vaccin. Ceci n'implique pas de recommencer la vaccination depuis le début. Il faut reprendre la vaccination là où elle a été interrompue, **c'est à dire administrer les doses manquantes comme s'il n'y avait pas d'intervalle prolongé.**

La Directrice de la Prévention

**F.Belatèche**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**  
**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 4117/MSPRH/DP DU 12/12/2002**  
**PRINCIPES DE RECONSTITUTION ET D'ADMINISTRATION DU VACCIN BCG**

**INTRODUCTION:**

La tuberculose pose un problème de santé publique en Algérie et dans le monde entier on estime de 15 à 20 millions de cas la prévalence de la maladie évolutive avec une incidence annuelle d'environ 10 millions dont au mois 3 millions de décès.

En Algérie, l'incidence de la tuberculose toutes formes est passée de 54 à 60 cas pour 100.000 habitants entre 1996 et l'an 2000 ; l'incidence des cas de tuberculose à microscope positive s'élève légèrement de 23 à 26 cas pour 100.000 habitants entre 1996 et l'an 2000.

La tendance à vacciner à la naissance s'est accentuée depuis l'introduction par l'O.M.S du programme élargie de vaccination (PEV). Cette vaccination à la naissance à plusieurs avantages : les enfants sont vaccinés à un moment où le risque d'infection est encore faible et où ils bénéficient d'une protection contre les formes les plus graves de la tuberculose infantile : la miliaire et la méningite tuberculose qui restent très grave malgré la chimiothérapie.

Ces dernières années en Algérie, l'un des principaux pour la vaccination B.C.G était l'absence de seringue spécifique à cette situation, la seringue à l'insuline pour vacciner les nouveau-nés, engendrant des effets secondaires du fait que celle-ci n'est pas indiquée pour la voie intradermique.

**1--I TECHNIQUE LORSQUE LE VACCIN N'EST PAS PERIME**

- reconstituer le vaccin avec le solvant (qui doit être utilisé froid, il doit séjourner au moins au moins 24 heures dans le réfrigérateur) et mélanger en le roulant entre les paumes des mains.

- utiliser pour la vaccination, la seringue fournie avec le vaccin et pas une autre.

- désinfecter la peau à l'éther, sinon rien, mais ne jamais utiliser d'alcool.

- faire la vaccination par voie intradermique stricte au niveau de la face antéro externe de l'avant-bras gauche.

- la dose de vaccin est de 0,05 ml pour les enfants de moins de 1 an et de 0,1 ml pour les enfants de plus de l'an. Piquer tangentielllement à la peau dans la direction de l'épaule, biseau de l'aiguille vers le haut :

- il faut qu'il se forme une papule blanche en peau d'orange de 0,5cm environ (taille d'une lentille).

-retirer doucement l'aiguille et NE PAS DESINFECTER LA PEAU A LA FIN DE L'INJECTION. Le vaccin doit être maintenu au frais et à l'abri de la lumière pendant la durée de la séance de vaccination.

- pour la vaccination suivante, une nouvelle seringue est utilisée.

**1-II EVOLUTION DE LA LESION VACCINALE**

La papule provoquée par l'injection disparaît en moins d'une demi-heure.

A la fin de la 3<sup>ème</sup> semaine, un petit nodule apparaît au point d'injection. Ce nodule rougit et sa partie centrale devient violace et se fistulise vers la 6<sup>ème</sup> semaine.

Il faut s'abstenir de traiter la plaie, il faut la laisser à l'air libre ou la recouvrir d'un pansement sec.

Vers la 10<sup>ème</sup> semaine une petite croûte apparaît, puis tombe quelque semaine plus tard dévoilant la CICATRICE VACCINALE.

**1-III CONTROLE DE LA CICATRICE DUE AU B.C.G**

Le contrôle de la cicatrice au BCG doit être fait des la 1<sup>ère</sup> vaccination au DTC Polio, dans tous les cas 3 mois après la vaccination BCG.

S'il y a une cicatrice : Vous saurez que la vaccin BCG à « pris »

qu'il y a pas cicatrice : vous devez revacciner, sans test à la tuberculine,

S'il n y a pas encore de cicatrice après la revaccination, une autre revaccination,

Les caractéristiques suivantes :

le Vaccin lyophilisé est conditionné dans une ampoule au lieu d'un flacon.

le solvant est contenu dans une ampoule.

**VACCIN BCG TYPE DE VACCIN**

Le présent vaccin BCG est un vaccin vivant lyophilisé (desséché) en flacons de 20 doses de vaccin et une ampoule de solvant.

**CONSERVATION**

Sous forme lyophilisée, le vaccin doit être conservé au froid.

**CONSERVER LE VACCIN A L'ABRI DE LA LUMIERE**

Une fois reconstitué, il doit être utilisé dans les deux heures qui suivent. Au-delà de deux heures, le vaccin reconstitué doit être détruit.

**RECONSTITUTION DU VACCIN**

Respecter scrupuleusement les instructions fournies

**POPULATION CIBLE**

Le BCG doit être administré à tous les nouveaux-nés quel soit leur poids de naissance.

Il doit être également administré à tous les enfants non porteurs de cicatrice vaccinale.

Dans tous les cas, la vaccination se fait sans test tuberculinique préalable, la vaccination est dite indiscriminée (elle sera fait jusqu'à l'âge de 12 ans).

**1-IV INCIDENTS DE LA VACCINATION AU BCG**

\* surinfection de la lésion vaccinale : défaut d'hygiène

\* abcès sous cutané : favorisé par une injection trop profonde ou un surdosage

\* adénopathie inflammatoire ou suppurée : de siège axillaire et parfois au niveau du coude.

La conduite à tenir est ponctionner l'adénite lorsqu'elle est sur le point de fistuliser et injecter localement de l'isoniazide en forme injectable.

**1-V CONTRE INDICATIONS :** Elles sont extrêmement rares :

Enfants atteints d'infections malignes, lymphomes, leucémies et les enfants sous traitement immunosuppresseur.

Déficits immunitaires congénitaux ou acquis.

**IL VOUS EST DEMANDE DE PROCEDER A UNE LARGE DIFFUSION DE CETTE INSTRUCTION AUPRES DES PERSONNES DE SANTE AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES ET PRIVEES ET DE ME TENIR INFORME DE TOUTES DIFFICULTES RENCONTREES.**

Le Directeur de la Prévention

**MR KELLOU**

Messieurs les DSPS/tous  
Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires/tous  
" Pour diffusion générale et affichage permanent "

**CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PLAIE A RISQUE TETANIGENE**

STATUT VACCINAL	NATURE DU RISQUE			
	RISQUE modéré	RISQUE élevé		
	-Plaies minimisées -Ulcères cutanés -Intervention chirurgicale	-Plaies larges souillées avec corps étrangers et / ou vues tardivement -Ulcères cutanés -Avortements -Brûlures -Gangrènes -Blessures par armes à feu		
	DT (3)	BAT (4)	DT	BAT
Sujet bien vacciné (1) - Dernière dose de vaccin datant de moins de 5 ans	Non	Non	Non	Non
Dernière dose de vaccin entre 5 à 10 ans	Non	Non	1 rappel de vaccin	Non
Dernière dose de vaccin datant de plus de 10 ans	1 rappel de vaccin	Non	1 rappel de vaccin	Oui
Vaccination incomplète	1 dose da vaccin puis compléter la vaccination selon le calendrier vaccinal	Non	1 dose da vaccin puis compléter la vaccination selon le calendrier vaccinal	Oui
Sujet non vacciné ou vaccination incertaine (2)	1 dose da vaccin puis compléter la vaccination selon le calendrier vaccinal	Oui	1 dose da vaccin puis compléter la vaccination selon le calendrier vaccinal	Oui

sujet bien vacciné :

Chez l'enfant : 3 injections de DTCP +2 rappels à 18 mois et à 6 ans

Chez l'adulte : 2 injections de VAT + 1 rappel un an après la 2<sup>ème</sup> injection et un rappel tous les 10 ans

Ou

2 injections de DT + 1 rappel un an après la 2<sup>ème</sup> injection et un rappel tous les 10 ans

Sujet non vacciné

La primo vaccination comporte 2 doses de DT à 1mois d'intervalle

1 rappel est nécessaire 1 an après la primo vaccination

1 rappel tous les 10 ans

La dose vaccinale de DT est de 0,5ml à administrer par voie IM ou sous cutanée :

Enfant de moins de 16 ans : utiliser le DT pédiatrique

Enfant plus âgé et adulte : utiliser le DT adulte

Chez la femme enceinte : utiliser le VAT au lieu du DT

Le SAT ne doit jamais être utilisé seul. Il ne faut jamais injecter de sérum sans vacciner

Le SAT est un sérum hétérologue (d'origine équine). Il est utilisé à la dose de 1500 à 3000 unités en sous- cutanée. En raison de chocs anaphylactiques, ce sérum doit être testé par la méthode de BESREDKA (3 injections successives de 0,1-0,25ml puis la dose totale à un quart d'heure d'intervalle. si une réaction se manifeste après l'une des 2 premières injections, arrêter la sérothérapie.

L'injection de sérum se fait en un point éloigné de l'injection de vaccin et avec une seringue différente

Il est nécessaire d'avoir à sa disposition le moyen de traiter les phénomènes de choc : Adrénaline, Corticoïdes injectables

La désinfection et le parage de la plaie devront être systématiques

L'antibiothérapie sera prescrite en fonction de la nature de la plaie

Le vaccin DT, le VAT, le SAT doivent être disponibles dans toutes les structures de santé plus particulièrement celles qui reçoivent des urgences médico-chirurgicales et dans les services de chirurgie, de brûlés et de maternité.

**INSTRUCTION N° 650 MSPRH/DP/SDSMI DU 17 AVRIL 2004**

DESTINATAIRES:

MESSIEURS LES DSP :	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES CHU :	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DG DES EHS :	POUR EXECUTION
MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES :	POUR EXECUTION
MONSIEUR LE DG DE L'IPA	POUR INFORMATION

**OBJET : CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUE (PFA)**

L'évaluation du programme national d'éradication de la poliomyélite, montre une baisse de la surveillance épidémiologique des cas de Paralysies Flasques Aiguës (PFA) et une baisse des indicateurs de performance de cette surveillance au niveau des secteurs sanitaires et plus particulièrement au niveau des CHU. Le nombre de cas de PFA attendu qui doit être d'au moins 1 cas pour 100.000 enfants de moins de 15 ans n'est pas atteint par l'ensemble des secteurs sanitaires; sur les 97 cas de PFA attendus seuls 54 cas ont été notifiés. De même l'investigation des cas notifiés ne se fait pas selon les indications du programme national. Les prélèvements de selles qui doivent être faits obligatoirement devant tout cas de PFA chez les enfants de moins de 15 ans, ne sont pas systématiquement faits, seuls 61% des cas de PFA ont fait l'objet de deux (02) prélèvements de selles dans les 14 jours qui suivent le début de la paralysie. Les délais de déclaration des cas ne sont pas respectés. Ces prélèvements ne sont pas acheminés dans les délais (48 heures après les prélèvements) au laboratoire de virologie de l'Institut Pasteur de Sidi Fredj.

Cette instruction qui vise à redynamiser la surveillance épidémiologique des

PFA doit situer les responsabilités du personnel de santé et des gestionnaires qui doivent mettre en œuvre tous les moyens pour atteindre les objectifs du programme national d'éradication de la poliomyélite.

Cette instruction doit être diffusée à toutes les structures sanitaires de base, tous les services d'hospitalisation des secteurs sanitaires, à tous les services de pédiatrie, de neurologie, maladies infectieuses et de réanimation des CHU et EHS et aux praticiens du secteur privé qui doivent se conformer aux activités suivantes:

1- A LA DECLARATION DU « ZERO CAS » DE PFA CHEZ LES ENFANTS AGES DE MOINS DE 15 ANS PAR LES SERVICES DE PEDIATRIE, DE NEUROLOGIE, MALADIES INFECTIEUSES, REANIMATION DES CHU ET EHS.

UN RELEVÉ HEBDOMADAIRE DOIT ÊTRE ÉTABLI PAR LES CHU ET EHS

LA COORDINATION DE CETTE ACTION EST ASSURÉE CONJOINTEMENT PAR LE SEMEP ET LA DAPM ET L'INFORMATION EST ADRESSÉE PAR FAX A LA DIRECTION DE LA PREVENTION AU PLUS TARD LE DIMANCHE DE LA SEMAINE QUI SUIT.

LA DECLARATION DU « ZERO CAS » DE PFA EST MENSUELLE POUR LES SECTEURS SANITAIRES.

2- A LA DECLARATION IMMEDIATE DE TOUT CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA) Y COMPRIS LES CAS DE GUILLAIN BARRE PAR FAX OU TELEPHONE A LA DIRECTION DE LA PREVENTION

3- A LA REALISATION DE 2 PRELEVEMENTS DE SELLES DU CAS DE PFA :

- LE 1<sup>er</sup> PRELEVEMENT LE PLUS TOT POSSIBLE DES LA DECLARATION

- LE 2<sup>ème</sup> PRELEVEMENT 24 A 48 HEURES APRES LE 1<sup>er</sup> PRELEVEMENT.

- LES 2 PRELEVEMENTS DE SELLES SONT CONSERVES AU REFRIGERATEUR EN ATTENDANT LEUR ENVOI AU LABORATOIRE.

4- A L'ENVOI DES 2 PRELEVEMENTS DE SELLES AU LABORATOIRE DE VIROLOGIE DE L'INSTITUT PASTEUR DE SIDI FREDJ DANS LES 48 A 72 HEURES EN VEILLANT A LEUR TRANSPORT DANS UNE GLACIERE MUNIE D'ACCUMULATEURS DE FROID (+ 4 °C) ACCOMPAGNES D'UNE FICHE DE RENSEIGNEMENT DU CAS.

5- AU CONTROLE DU CAS DE PFA 60 JOURS APRES LE DEBUT DE LA PARALYSIE, A LA RECHERCHE D'UNE PARALYSIE RESIDUELLE OU LA GUERISON IMPERATIF POUR LA CLASSIFICATION DU CAS.

LE SEMEP DU SECTEUR SANITAIRE ET DU CHU EST TENU DE PROCEDER A LA RECHERCHE ACTIVE DES CAS DE PFA HOSPITALISES AU NIVEAU DES SERVICES ET DE TRANSMETTRE CHAQUE SEMAINE LE LISTING DES CAS ET LA FICHE D'ENQUETE AVEC :

LE NOM ET PRENOM DU CAS

LA DATE DE NAISSANCE

L'ADRESSE EXACTE

LE SERVICE D'HOSPITALISATION

LA DATE D'HOSPITALISATION

LA DATE DU DEBUT DE LA PARALYSIE

LA DATE DU 1<sup>er</sup> PRELEVEMENT DE SELLES

LA DATE DU 2<sup>ème</sup> PRELEVEMENT DE SELLES

LA DATE D'ENVOI DES 2 PRELEVEMENTS A L'IPA SIDI-FREDJ

J'ATTACHE UNE IMPORTANCE CONSIDERABLE A LA LARGE DIFFUSION ET A L'APPLICATION DE CETTE INSTRUCTION. TOUS LES MOYENS DOIVENT ÊTRE MIS EN PLACE POUR PERMETTRE UN RENFORCEMENT DES ACTIVITES DU PROGRAMME AU NIVEAU DE TOUTES LES STRUCTURES DE SANTE QU'ELLES SOIENT PUBLIQUES OU PRIVEES. TOUT MANQUEMENT A CES TACHES SERA SEVEREMENT SANCTIONNE.

LA DIRECTRICE DE LA PREVENTION

**F.Belatèche**



**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 05 DU 20 OCT 2010**

**RELATIVE AU RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA POLIOMYELITIS**

<b>Destination</b>	Madame et Messieurs les Walis Madame la directrice Générale de l'Institut National de Santé Publique) Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie Monsieur le Directeur Général de l'EHU Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU Mesdames et Messieurs les Directeurs des EHS Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya En communication avec : - Les Directeurs des EPH - Les Directeurs des EPSP	Pour information Pour information Pour information Pour exécution Pour exécution Pour exécution Pour exécution et suivi  Pour exécution Pour exécution
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dans le cadre de la certification de l'éradication de la poliomyélite en Algérie, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière a mis en place un Programme National d'Eradication. Ce programme repose sur les stratégies fondamentales suivantes :

- Une couverture vaccinale élevée des nourrissons par quatre doses de Vaccin Polio Oral (VPO) dans la première année de vie ;
- L'administration de doses supplémentaires de VPO à tous les enfants de moins de cinq ans lors des journées nationales ou sub nationales de vaccination ;
- Une surveillance renforcée du poliovirus sauvage par la notification et l'investigation de toutes les paralysies flasques Aigues (PFA) chez les enfants âgés de moins de quinze ans allant jusqu'aux adultes jeunes âgés de moins de 40 ans.

Les efforts entrepris ont permis à l'Algérie de ne plus signaler de cas de poliomyélite à virus sauvage depuis l'année 1996 et d'atteindre des taux de couverture vaccinale pour la troisième dose de routine de VPO de l'ordre de 90%.

Cependant, les indicateurs de surveillance encore en dessous des normes internationales fixées (soit un taux  $\geq 2$  au lieu de 0,9 ou encore 184 cas de PFA à notifier au lieu de 68 notifiés au 05 octobre 2010) ce qui risque de compromettre la certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays. Cette faible performance dans la surveillance est due à :

- Une insuffisance de la notification des cas de PFA,
- L'absence de déclaration des cas de Guillain Barré, et
- Au non respect de la procédure de prise en charge des cas de PFA (les 2 prélèvements de selles ne sont pas acheminés dans les 72 heures à l'institut Pasteur de Sidi Fredj ; l'examen clinique du 60<sup>ème</sup> jour après le début de la paralysie n'est pas pratiqué).

A l'effet, d'obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite dans notre pays et, en vue de renforcer la surveillance des cas de PFA, il est demandé à chaque intervenant de veiller à la mise en œuvre des instructions suivantes :

- **Le médecin traitant est tenu pour chaque cas de :**
  - Procéder à la notification du cas aux services concernés (SEMEP de l'EPSP territorialement compétent, Direction des Activités Médicales du CHU).
  - Faire 02 prélèvements de selles au cas dans les 24 à 48 heures après le début de la paralysie,
  - Veiller à leur acheminement dans les délais requis (72 heures suivant le début de la paralysie), accompagnés de la fiche d'enquête dûment remplie.
  - Assurer l'examen clinique de suivi du cas au 60<sup>ème</sup> jour après le début de la paralysie.
- **Le Gestionnaire (Directeur de la Santé et de la Population de wilaya, Directeur d'établissement) est tenu des :**
  - Assurer la disponibilité des moyens logistiques notamment pour l'acheminement des prélèvements de selles dans les délais requis, à l'institut Pasteur d'Algérie (Sidi Fredj).
- **Le Coordinateur du CHU/EHS/EHU est tenu de :**
  - Faire la recherche active quotidiennement des cas de paralysies flasques aiguës hospitalisés dans les différents services (pédiatre, neurologie, réanimation médicale, maladies infectieuses, médecine interne, rééducation fonctionnelle et les urgences médicales)
  - Veiller à la notification de tous les cas de PFA y compris le syndrome de Guillain Barré apparaissant chez les enfants âgés de moins de 15 ans allant jusqu'aux adultes jeunes dont l'âge est inférieure à 40 ans, selon les modalités de notification du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,
  - Veiller aux respects de modalités de prise en charge du cas de PFA dès son hospitalisation (pratique de deux prélèvements de selles dans les 24 à 48h qui suivent début de la paralysie et leur acheminement dans les 72h accompagnés d'une fiche d'enquête dûment remplie, à l'institut Pasteur d'Algérie « Sidi Fredj ») ainsi que la pratique de l'examen clinique du cas au 60<sup>ème</sup> jour après le début de la paralysie)
  - Collaborer dans le cadre de la coordination des activités du programme d'éradication de la poliomyélite avec le responsable de la prévention relevant de la Direction de la Santé de la Wilaya ainsi, que tous les responsables de Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) relevant de la wilaya d'origine du cas, le cas échéant.
- **Le responsable de Prévention de la DSP est tenu de :**
  - Notifier le cas au Ministère de la Santé, de la Population et de Réforme Hospitalière, et à l'INSP,
  - Assurer l'évaluation locale des activités de surveillance avec l'ensemble des intervenants en vue d'atteindre l'objectif assigné à sa wilaya pour chacun des indicateurs de performance ;
  - Organiser la formation du personnel de santé pour la mise en œuvre de l'ensemble des actions liées à la surveillance de la poliomyélite.

Dans ce cadre, chaque wilaya est tenue d'atteindre au moins le nombre de cas de PFA attendus annuellement tels que fixés dans l'Annexe1.

Compte tenu de l'extrême importance de ces mesures, il vous est demandé, de veiller personnellement à l'application et à la large diffusion de cette instruction.

**Annexe 1**  
**SURVEILLANCE DE LA POLIOMYELITE EN ALGERIE**  
**Objectif fixé pour chaque Wilaya à atteindre pour l'année 2010**  
**Nombre de cas de PFA**

Wilaya	Nbrs de cas de PFA attendus	Nbrs de cas de PFA notifiés AU 5 Octobre 2010
ADRAR	2	1
CHLEF	6	0
LAGHOUAT	2	0
OUM EL BOUAGHI	3	2
BATNA	6	4
BEJAIA	5	1
BISKRA	4	1
BECHAR	1	0
BLIDA	5	1
BOUIRA	4	0
TAMANRASSET	1	0
TEBESSA	4	2
TLEMCEN	5	2
TIARET	5	2
TIZI OUZOU	6	3
ALGER	13	7
DJELFA	6	0
JIJEL	4	2
SETIF	9	2
SAIDA	2	1
SKIKDA	5	2
SIDI BEL ABBES	2	3
ANNABA	3	2
GUELMA	2	4
CONSTANTINE	5	0
MEDIA	5	1
MOSTAGANEM	4	0
M'SILA	6	5
MASCARA	4	2
OUARGLA	3	2
ORAN	7	3
EL BAYADH	1	0
ILLIZI	1	0
BOURDJ B ARIREDJ	4	0
BOUMERDES	4	2
EL TARAF	2	2
TINDOUF	1	0
TISSEMSILT	2	0
EL OUED	4	2
KHENCHELA	2	0
SOUK AHRAS	2	1
TIPAZA	3	1
MILA	5	1
AIN DEFLA	4	3
NAAMA	1	0
AIN TIMOUCHENT	2	1
GHARDAIA	2	0
RELIZANE	4	0
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>68</b>

# **Population et Maîtrise de la Croissance Démographique**

## **FICHE D'ORIENTATION STRATEGIQUE EN MATIERE D'EXECUTION ET DE RELANCE DU PROGRAMME DE POPULATION**

La réalisation pour le court et moyen terme (triennal 97-99) des objectifs nationaux en matière de population, qui impliquent de fait un accroissement notable de la pratique contraceptive ont suscité au niveau central, des réajustements stratégiques, ainsi que des actions spécifiquement dirigées. Ces réajustements stratégiques concernent :

La généralisation de la contraception par des actions visant à l'amélioration du niveau qualitatif de ces prestations au niveau des unités sanitaires de base,

Son intégration systématisée et normalisée dans les programmes de Santé Reproductive en général et du Post Partum en particulier.

### Quelques éléments d'orientation stratégiques :

Ces éléments sont synthétisés comme suit :

Une stratégie régionale en matière de planification familiale, avec la collaboration des observatoires régionaux de la santé et des directions de la santé et de protection sociale de Wilayas :

Celle – ci a été marquée notamment par :

- la réalisation de cinq Séminaires Ateliers Régionaux qui ont ciblé des opérateurs du programme à l'échelon intermédiaire en vue du renforcement de leurs capacités techniques en matière de gestion et d'évaluation du programme.
- Ces Séminaires ont par ailleurs abouti, à la définition d'indicateurs spécifiques par Région Sanitaire, à même de constituer les outils nécessaires à l'évaluation quantitative des performances du programme au niveau des Wilayas concernées.
- Création d'un Comité National de la santé Reproductive et de "Planification Familiale (SR/PF). Organe consultatif en matière d'exécution et de suivi du programme. Ce Comité intègre dans sa composition des praticiens médicaux et paramédicaux au titre des cinq Régions Sanitaires.

Une stratégie visant à la normalisation de l'infrastructure de prise en charge du programme et de l'activité de planification familiale et son intégration dans les programmes liés à la santé reproductive, aux différents niveaux du système sanitaire public.

Il s'agit notamment de :

- la création de Centres de Planification Familiale (CPE) intégrés aux maternités des CHU et des Secteurs Sanitaires par les Arrêtés Ministériels N° 39/MSP/CAB du 04 septembre 1994 et N° 05/MSP/MIN du 25 février 1995,
- la standardisation de leur mode d'organisation et de fonctionnement : équipement type, produits contraceptifs, personnel prestataire, supports d'évaluation des activités. réalisation des monographies par Wilaya et par Région Sanitaire.

### Stratégie visant à l'amélioration du niveau qualitatif des prestations :

Les actions dans ce domaine, ont concerné l'amélioration des performances des personnels prestataires en matière de SR / PF en général et de leurs aptitudes techniques vis à vis du DIU, (méthode devant être valorisé) ainsi que des actions visant à assurer la disponibilité des produits contraceptifs.

En matière de valorisation des ressources humaines, il s'est agi notamment, de (du)

L'adaptation du programme de formation de base des sages femmes aux objectifs du programme de SR/PF, perfectionnement des professeurs d'Enseignement Paramédical (Pl. PM) en SR/PF (cours international), perfectionnement de médecins responsables de CPF, (23 médecins cf. annexe), renforcement du plateau technique des Ecoles de Formation Paramédicale (matériel pédagogique, fonds documentaire), l'élaboration d'un plan de formation continue en SR/PF en collaboration avec la Direction de la Formation ciblant les médecins responsables de CPF au sein des maternités et des sages femmes.

\*- qualification des besoins (réalisée au niveau central) : 476 sages-femmes et 300 médecins pour les cinq régions.

\*- budgétisation pour l'exercice 1996 :

2.050.000 DA (au titre de la Direction de la Population).

111.494.000 DA ont été alloués au titre des secteurs sanitaires et des EHS pour les activités locales de Formation Continue.

En matière de régulation de l'approvisionnement en produits contraceptifs :

Les actions dans ce domaine ont notamment concerné :

- la standardisation des circuits de gestion et de distribution des produits contraceptifs : Note Ministérielle d'application émanant de la Direction de la Pharmacie et du Médicament N° 316/MSP/DPM du 16 mars 1996.

Ce circuit met en rapport direct les pharmaciens des secteurs sanitaires avec les services de la pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH).

- déglobalisation des besoins et la décentralisation de la gestion financière des produits contraceptifs :

\* budgétisation pour une couverture de besoins complémentaires en produits contraceptifs d'un montant de 161 millions de DA répartis sur l'ensemble des secteurs sanitaires pour l'exercice 1996.

\* budgétisation en vue de la couverture globale des besoins des secteurs sanitaires en produits contraceptifs et la décentralisation de leurs achats à l'échelle des secteurs sanitaires pour l'exercice 1997. Les budgets prévisionnels ont été estimés à 650 millions de DA.

### ACTIONS A DEVELOPPER PAR LES ORS :

#### Les contraintes

Les actions initiées à l'échelon central ont connu, au plan de leur traduction et de leur exécution sur le terrain un niveau inégal et en deçà des niveaux attendus.

Application des dispositions des Arrêtés Ministériels N° 39 du 04 septembre 1994 et N° 05 du 25 février 1995 : portant création de Centres de Planification Familiale au sein des maternités :

Ces arrêtés ont rencontré un niveau d'exécution minimale au niveau des secteurs sanitaires

(cf. Annexe) ; par ailleurs un état de leur application fait ressortir les contraintes ci dessous qui compromettent la réalisation des objectifs nationaux.

- l'absence quasi totale d'actions visant à la promotion de la planification familiale dans le post partum en général et des méthodes barrières et du DIU en particulier,

- l'absence de valorisation de l'activité de planification familiale auprès du personnel médical qui reste très peu concerné et peu impliqué dans la prise en charge de ce programme lequel demeure du domaine quasi exclusif de la sage-femme .  
- la prestation faible en matière de DIU est enregistré dans l'ensemble des unités sanitaires de base et est aggravée par des indices de retraits élevés (fréquemment supérieurs aux indices d'insertion) ; ce qui se traduit dans les faits par une incidence négative de l'utilisation du DIU.  
Cette utilisation très faible du DIU est « compensée » par une prescription excessive de la contraception orale ce qui remet en cause les critères d'efficacité du programme d'une part, grève lourdement les budgets de l'état (75 % des budgets prévisionnels pour l'achat des produits contraceptifs concernent les contraceptifs oraux) et compromet la disponibilité des produits contraceptifs, d'autre part.

### **ACTION EN MATIERE DE SUIVI DE RELANCE DU PROGRAMME DE SR/PF A METTRE EN ŒUVRE PAR LES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE LA SANTE**

#### **Objectif général :**

Améliorer les performances du programme SR/PF au niveau du Système Sanitaire de Base.

#### **Objectifs spécifiques :**

1- Normaliser l'infrastructure de base de prise en charge du programme

2- Dynamiser les activités de planification familiale et promouvoir l'utilisation du DIU.

3- Améliorer l'information Sanitaire et les capacités techniques des personnels prestataires et gestionnaires dans le domaine.

I – Normalisation du réseau de base de prise en charge du programme et dynamisation des activités de SRPF :

- Actualisation et finalisation des Monographies par Wilaya et par Région Sanitaire élaborées par la Direction de la Population avec identification précise des maternités par secteur sanitaire (hospitalière ou extra hospitalières) et soustraction des salles de soins.

Les maternités constituent l'entité Sanitaire prioritaire pour la concrétisation au niveau du terrain du programme de SR/PF.

Susciter l'application des Arrêtés Ministériels n° 39 du 4 septembre 1994 et n° 95 du 25 février 1995 et suivre l'état de leur application au plan qualitatif des prestations et des modalités pratiques d'exécution conformément aux dispositions réglementaires de ces arrêtés et aux objectifs nationaux en matière de SRPF. Intervenants : ORS –DSPS (gestionnaires de programmes au niveau des wilayas).

- Mise en place d'un réseau « sentinelle » de Maternités par Région Sanitaire :

Les maternités à cibler initialement sont celles qui bénéficient d'un personnel médical responsable formé en SR/PF ; s'agissant de médecins généralistes ayant bénéficié d'une formation intensive internationale en SR/PF (cf. annexe ; identification des personnes ressources et des maternités par Région Sanitaire). Les objectifs escomptés concernent la constitution d'un réseau de référence en vue de la promotion des méthodes contraceptives les plus appropriées dans le post partum

(barrières et DIU) et l'intégration effective de programmes liés à la promotion de la Santé Reproductive ;

S'agissant notamment de la prévention et de la prise en charge des MST et de la prévention et dépistage des cancers génitaux de la femme ; ces derniers posent un problème de santé public majeur dans notre pays.

Intervenants ORS-DSPS- médecins responsables des maternités.

2- Dynamisation des activités de planification familiale :

#### **2-1- Valorisation des ressources humaines :**

- Qualification motivée des besoins en formation complémentaire des personnels prestataires impliqués (médecins et sage-femmes).

- Les besoins quantifiés par le niveau Central (Direction de la Population) font état de :

Région EST : 436

Région Centre : 405

Région Ouest : 267

Région SUD Est : 26

Région Sud Ouest : 110

Les objectifs visent à atteindre par région sanitaire pour l'année 1996 les taux suivants :

Région Est : 25 %

Région Centre : 25 %

Région Ouest : 40 %

Région Sud Est : 50 %

- Justifier cette qualification telle qu'opérée à l'échelle régionale,

- Procéder à sa traduction et à sa déglobalisation à l'échelon intermédiaire et local,

- Contribuer avec les cellules de formation continue à la concrétisation des plans de formation continue au niveau local.

Définition des objectifs pédagogiques et des programmes de formation continue en fonction de besoins spécifiques aux régions, consommation des crédits qui leur sont alloués au titre des actions locales de formation continue.

Intervenants : Direction de la population – ORS – DSPS (cellules de formation continue)

#### **2-2- Suivi de l'exécution des indicateurs spécifiques retenus par les Régions et leur évolution comme indicateurs de performances pour les régions**

- Taux brut de natalité, prévalence de la contraception, taux d'acceptation par méthode contraceptive, taux d'accouchement en milieu assisté.

#### **2-3- Régulation de l'approvisionnement en produit contraceptifs :**

- Suivi de l'exécution des crédits décentralisés alloués aux secteurs sanitaires pour l'achat des produits contraceptifs selon leurs besoins et conformément à la note ministérielle d'application n° 316/MSP/DPM du 16 Mars 1996.

#### **3- Amélioration de l'Information Sanitaire :**

Il est attendu dans ce domaine la poursuite du processus et le renforcement des actions qui ont été engagés à travers les séminaires ateliers régionaux dont un des axes privilégiés a concerné l'amélioration des outils d'information (supports d'évaluation) et l'introduction d'un nouveau support portant sur l'évaluation de la Natalité.

Les actions futures doivent objectiver l'amélioration des aptitudes des personnels chargés de l'évaluation des activités en vue d'accroître la fiabilité du Système d'information et de gestion.

Il est ainsi demandé :

La réalisation de journées « pédagogiques » de soutien aux personnels gestionnaires et prestataires chargés de l'évaluation des activités au niveau des wilayas.

L'institution d'un calendrier de supervision des activités d'évaluation par les responsables de programme (formés) au niveau de leurs wilayas et par les personnels des ORS au niveau des Régions.

L'organisation de sessions accélérées de courte durée des personnels gestionnaires du programme en Système d'Information et de Gestion.

**Activités préparatoires :**

Identification des personnels cibles par wilaya et par Région : ORS – DSPS Elaboration des programmes de perfectionnement : Direction de la Population – ORS.

L'amélioration de l'information sanitaire et des aptitudes de personnels ressources doit tendre pour le moyen terme à l'établissement par ORS d'indicateurs de performances par wilayas, à même de permettre à terme, de constituer au niveau Central des Indicateur de performances par Région.

Le choix de ces indicateurs doit se faire en adéquation avec les objectifs du programme National, ces indicateurs concerneront la base de données d'une grille de cotation des activités et du fonctionnement des services par secteur sanitaire et par wilaya. On retiendra à titre d'illustration des indicateurs suivants :

Taux d'utilisation du DIU.

Taux d'utilisation de la contraception orale seule.

Taux de contraception dans le post partum

Taux d'utilisation du DIU dans le post partum.

**Arrêté N° 05/MSP/MIN du 25 Février 1995 Portant Création de Centres de  
Planification Familiale dans les Secteurs Sanitaires**

Le Ministre de la santé et de la population ;

- Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la de la santé ; et notamment ses articles n°70 et 71, modifiée et complétée.
- Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 13 Avril 1994, portant nomination du Gouvernement, complété et modifié par le décret présidentiel n° 94-233 du 31 Avril 1994
- Vu le décret exécutif n° 90-204 du 08 Septembre 1990 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des services de santé et de protection sociale, notamment son article 3
- Vu le décret n° 81-242 du 05 Septembre 1981, portant création et organisation des secteurs sanitaires, modifié et complété.
- Vu le décret n° 90-124 du 30 Avril 1990 fixant les attributions du Ministre de la Santé
- Vu l'arrêté n° 26/CAB/MSP du 17 Juillet 1994, portant création et organisation des services extra-hospitaliers.

**ARRETE**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est créé auprès des services de gynécologie obstétrique des structures hospitalières des secteurs sanitaires; des maternités urbaines et des maternités rurales, des centres de planification familiale, par abréviation C.P.F, dénommé ci-après Centre.

**Article 2** : Le centre a pour mission :

- La prescription de toute méthode à visée contraceptive consacrée par la nomenclature nationale des produits pharmaceutiques
- Le contrôle et le suivi de l'application des méthodes contraceptives agréées.
- L'orientation, l'information et l'éducation des acceptantes
- L'évaluation périodique des actions engagées.
- La participation, en tant que de besoin, aux stages de recyclage et de perfectionnement en matière de planification familiale au profit des personnels de santé.

**Article 3** : Le centre est placé sous la responsabilité directe du chef de service de la structure considérée.

**Article 4** : Les normes en matière d'équipement et de personnels, seront définies par instruction du Ministre de la Santé et de la Population.

**Article 5** : Les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale des Wilayas des Secteurs Sanitaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté.

**Le Ministre de la Santé et de la Population**

**Arrêté N° 39 CAB/MSP du 04 Septembre 1994 portant création de  
" Centre de Planification Familiale " dans les Centres Hospitalo-Universitaires**

Le Ministre de la Santé et de la Population,

Vu la Loi n° 85-05 du 16 Février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, et notamment ses articles n° 70 et 71, modifiée et complétée.

Vu le décret n° 86-25 du 11 Décembre 1986 portant statut-type des centres hospitalo-universitaires, modifié par le décret n° 86-294 du 16 Décembre 1986,

Vu les décrets n° 86-295 à 86-306 du 16 Décembre 1986 portant création des centres hospitalo-universitaires, respectivement d'Alger Centre, d'Alger Est, d'Alger Ouest, de Constantine, d'Oran, de Annaba, de Blida, de Tizi-Ouzou, de Batna, de Sétif, de Sidi-Bel-Abbès, de Tlemcen,

Vu le décret n° 88-20 du 2 Février 1988, portant création du Centre Hospitalo-Universitaire de Bab-EI-Oued,

Vu le décret exécutif n° 90-124 du 30 Avril 1990 fixant les attributions du Ministre de la Santé,

Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 15 Avril 1994 portant nomination du Gouvernement,

Vu l'arrêté ministériel n° 82/SM du 22 Mai 1993, portant définition, organisation et fonctionnement du service hospitalo-universitaire et de ces unités constitutives et fixant les conditions et modalités de désignation aux fonctions de chef de service et de chef d'unité.

**ARRETE**

**Article 1<sup>er</sup>** : A titre transitoire et en attendant la définition de son statut, il est créé auprès de chaque service de gynécologie-obstétrique de CHU un Centre de Planification Familiale par abréviation CPF dénommé ci-après Centre.

**Article 2** : Le Centre sera érigé en unité hospitalo-universitaire, conformément aux dispositions de l'arrêté interministériel n° 82/SM du 22 Mai 1993 sus-visé dès que les conditions requises sont réunies.

**Article 3** : Le centre a pour mission :

- La prescription de toute méthode à visée contraceptive consacrée par la nomenclature nationale des produits pharmaceutiques
- La recherche et/ou l'expertise d'autres méthodes, contraceptives,
- Le contrôle et le suivi de l'application des méthodes contraceptives,
- L'orientation, l'information et l'éducation,
- L'évaluation périodique des actions engagées.

**Article 4** : Le centre est placé sous la responsabilité directe du chef de service.

**Article 5** : Les normes en matière d'équipement et de personnels, seront définies par instruction du Ministre de la Santé et de la Population.

**Article 6** : Un support mensuel des activités du centre est transmis au Ministère de la Santé et de la Population/Direction de la Population.

**Article 7** : Les Directeurs Généraux des CHU sont chargés de l'application du présent arrêté.

**Le Ministre de la Santé et de la Population**



**Décret exécutif n° 02-312 du 25 Rajab 1423 correspondant au 2 octobre 2002 portant création,  
organisation et fonctionnement du comité national de population et des comités de population de  
wilaya.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la promotion et à la protection de la santé ;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu la loi n° 90-31 du 4 décembre 1990 relative aux associations ;

Vu le décret présidentiel n° 02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-166 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n° 98-157 du 19 Moharram 1419 correspondant au 16 mai 1998 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de population ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement du comité national de population et des comités de population de wilaya.

**CHAPITRE 1  
LE COMITE NATIONAL DE POPULATION**

**Article 2 :** Il est créé, auprès du ministre chargé de la population, un comité national de population.

**Article 3 :** Le comité national de population est un organe permanent de consultation et de concertation chargé de contribuer à la définition à la coordination, à l'animation, au suivi et à l'évaluation de la politique nationale de population.

A ce titre, le comité national de population est chargé notamment :

- de proposer et d'élaborer toute étude contribuant à la définition de la politique nationale de population et au réajustement de ses objectifs ;
- de proposer toute mesure de nature à assurer la mise en œuvre de la politique nationale de population de manière rationnelle et efficace ;
- de contribuer à l'élaboration du programme national d'action relatif à la maîtrise de la croissance démographique et au développement de la planification familiale ;
- d'évaluer les programmes sectoriels arrêtés en matière de population ;
- de proposer toute mesure susceptible de contribuer à la réalisation de l'équilibre entre la croissance démographique et le développement économique et social ;
- de collecter et d'analyser les informations et données relatives à la population et à la croissance démographique ;
- de contribuer à la consolidation de la banque de données par des informations relevant de son domaine d'action ;
- de promouvoir les activités d'information, d'éducation et de communication en matière de population ;
- d'assurer le suivi et la coordination des activités des comités de population de wilaya et leur orientation.

**Article 4 :** Le comité national de population est présidé par le ministre chargé de la population ou son représentant.

Il est composé :

- d'un représentant des ministres chargés :
- de l'intérieur et des collectivités locales ;
- des affaires étrangères ;
- des affaires religieuses et des wakfs ;
- de l'aménagement du territoire et de l'environnement ;
- de la jeunesse ;
- de l'agriculture et du développement rural ;
- des finances ;
- de la communication et de la culture ;
- des ressources en eau ;
- de l'éducation nationale ;
- de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;
- de la formation et de l'enseignement professionnels ;
- de l'habitat et de l'urbanisme ;
- du travail et de la sécurité sociale ;
- de l'emploi et de la solidarité nationale ;
- de la famille et de la condition féminine.
- d'un représentant du délégué à la planification ;
- d'un représentant au titre des organismes et institutions nationaux suivants :
- le conseil national économique et social ;
- l'office national des statistiques ;
- l'institut national de santé publique ;
- le centre national d'études et d'analyses en population et développement ;
- le centre national d'information et d'animation de la jeunesse ;
- l'institut national de la vulgarisation agricole ;
- l'office national d'alphabétisation et d'enseignement aux personnes adultes ;
- de cinq (5) représentants d'associations œuvrant dans le domaine de la population et du développement désignés par le ministre chargé de la population ;
- de cinq (5) experts dans les domaines liés à la population désignés par le ministre chargé de la population.

**Article 5 :** Le comité national de population peut faire appel, en tant que de besoin, à toute personne physique ou morale qui, en raison de ses compétences, peut l'aider dans ses travaux.

**Article 6 :** Les membres du comité national de population sont nommés par arrêté du ministre chargé de la population, sur proposition des autorités dont ils relèvent pour une période de trois (3) ans, renouvelable.

**Article 7 :** Le comité national de population se réunit en session ordinaire au moins deux (2) fois par an sur convocation de son président Il peut en outre, se réunir en session extraordinaire à l'initiative de son président ou des deux tiers (2/3) de ses membres. L'ordre du jour des sessions est fixé par le président.

Les délibérations du comité national de population sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signé par le président.

**Article 8 :** Le comité national de population peut créer en son sein, des comités *ad hoc* dans les domaines se rapportant à son objet.

**Article 9 :** Le comité national de population élabore annuellement un rapport portant bilan de ses activités et plan d'action intersectoriel en matière de population. Ce rapport est transmis au Chef du Gouvernement.

**Article 10 :** Le secrétariat du comité national de population est assuré par les services compétents du ministère chargé de la population.

**Article 11 :** Le comité national de population élabore et adopte son règlement intérieur.

## CHAPITRE II LE COMITE DE POPULATION DE WILAYA

**Article 12 :** Il est créé, auprès du wali, un comité de population de wilaya.

**Article 13 :** Le comité de population de wilaya est un organe permanent de concertation, de coordination et d'animation en matière de population à l'échelle de la wilaya dans le cadre de la déglobalisation de la politique nationale de population.

A ce titre, le comité de population de wilaya est chargé notamment :

- de contribuer à l'élaboration des programmes de population au niveau de la wilaya dans leur dimension multisectorielle, en tenant compte à la fois des priorités, en matière de politique de population, fixées au niveau national et des spécificités locales ;
- de proposer toute mesure de nature à assurer la mise en œuvre de la politique nationale de population de manière rationnelle et efficace au niveau de la wilaya ;
- de contribuer à la définition des objectifs en matière de population au niveau de la wilaya en tenant compte des objectifs fixés au niveau national ;
- de proposer toute mesure susceptible de contribuer à la réalisation de l'équilibre entre la croissance démographique et le développement économique et social au niveau de la wilaya ;
- de procéder à l'évaluation des programmes arrêtés en matière de population au niveau de la wilaya ;
- de contribuer aux études et recherches en matière de population initiées par le comité national de population ;
- de proposer toute mesure susceptible d'améliorer la qualité des données relatives à la population au niveau de la wilaya ;
- de contribuer à la mise en place des banques de données en matière de population au niveau de la wilaya ;
- de contribuer à la promotion des activités d'information, d'éducation et de communication de proximité en matière de population.

**Article 14 :** Le comité de population de wilaya est présidé par le wali ou son représentant. Il est composé :

- du directeur de la santé et de la population ;
- des représentants des services déconcentrés, au niveau de la wilaya, des départements ministériels membres du comité national de population ;
- de deux (2) à cinq (5) représentants d'associations œuvrant dans le domaine de la population et du développement au niveau de la wilaya, désignés par le wali.

**Article 15 :** Le comité de population de wilaya peut faire appel, en tant que de besoin, à toute personne physique ou morale qui, en raison de ses compétences, peut l'aider dans ses travaux.

**Article 16 :** Les membres du comité de population de wilaya sont nommés par décision du wali pour une période de trois (3) ans, renouvelable.

**Article 17 :** Le comité de population de wilaya se réunit en session ordinaire au moins deux (2) fois par an, sur convocation de son président. Il peut en outre se réunir en session extraordinaire à l'initiative de son président ou des deux tiers (2/3) de ses membres. L'ordre du jour des sessions est fixé par le président.

Les délibérations du comité de population de wilaya sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signé par le président.

**Article 18 :** Le comité de population de wilaya élabore un rapport semestriel portant bilan de ses activités et son plan d'action. Ce rapport est transmis à la commission nationale de population.

**Article 19 :** Le secrétariat du comité de population de wilaya est assuré par les services compétents de la direction de la santé et de la population de la wilaya.

**Article 20 :** Le comité de population de wilaya élabore et adopte son règlement intérieur.

**Article 21 :** Sont abrogées les dispositions du décret exécutif n° 98-157 du 19 Moharram 1419 correspondant au 16 mai 1998, susvisé.

**Article 22 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Rajab 1423 correspondant au 2 octobre 2002.

Ali BENFLIS.

**Arrêté interministériel du 22 octobre 1997 fixant les modalités de participation des gynécologues privés à la promotion du dispositif intra-utérin**

Le Ministre de la santé et de la population,

Le Ministre du travail, de la protection sociale et de la formation professionnelle,

Le Ministre de la solidarité nationale et de la famille,

Vu la loi n°83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales modifiée et complétée ;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée ;

Vu le décret n°88-209 du 18 octobre 1988 modifiant et complétant l'article 4 du décret 84-27 du 11 février 1984 fixant les modalités d'application du titre II de la loi 93-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales ;

Vu le décret exécutif n°96-45 du 26 Chaâbane 1416 correspondant au 17 janvier 1996 modifiant et complétant le décret exécutif n°94-310 du 3 Joumada El Oula 1415 correspondant au 3 octobre 1994 relatif aux modalités de fonctionnement du compte d'affectation spéciale n°302-069 intitulé " Fonds spécial de solidarité nationale "

Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n°97-261 du 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997 fixant les modalités d'organisation de la direction de la santé et de la population de la wilaya

**ARRETERENT :**

**Article 1 :** Le présent arrêté interministériel a pour objet de fixer les conditions et modalités de participation des praticiens médicaux spécialistes en gynécologie-obstétrique exerçant à titre privé au renforcement des activités de planification familiale à travers leur contribution à la promotion du dispositif intra-utérin.

**Article 2 :** Les praticiens privés visés à l'article 1er ci-dessus sont tenus d'assurer la pose du dispositif intra-utérin en assurant les prestations définies ci-dessous.

La consultation initiale comprend :

- l'information et le conseil sur l'utilisation du dispositif intra-utérin : les avantages de la méthode, les précautions d'utilisation, les effets secondaires et les signes d'alerte nécessitant un contrôle médical.

- l'examen clinique et gynécologique à la recherche de contre-indications absolues à la méthode

- la fourniture gratuite du dispositif intra-utérin et sa pose. Les consultations complémentaires dites de contrôle comprennent notamment l'examen gynécologique ; un examen échographique est recommandé à la première consultation de contrôle.

**Article 3 :** Les contrôles médicaux sont à effectuer conformément au schéma retenu au niveau national qui comprend :

- Un 1<sup>er</sup> contrôle 8 jours après l'insertion

- Un 2<sup>ème</sup> contrôle 6 semaines après le 1<sup>er</sup> contrôle

- Un 3<sup>ème</sup> contrôle 6 mois après le 2<sup>ème</sup> contrôle.

**Article 4 :** L'acte médical lié à la consultation prévue aux articles 2 et 3 du présent arrêté est payé par la cliente sur la base du tarif forfaitaire en annexe II. Le premier contrôle est gratuit : est cependant payé l'examen échographique éventuel sur la base des tarifs fixés par le présent arrêté et figurant en annexe II. Les contrôles de rang 2 et 3 sont payés par la cliente sur la base du tarif forfaitaire fixé par le présent arrêté.

**Article 5 :** L'acte médical est remboursé à 100% par la CNAS conformément à la réglementation en vigueur. Le remboursement concerne la consultation initiale, les contrôles et le retrait conformément aux dispositions du présent arrêté.

**Article 6 :** Les personnes démunies de ressources et non assurées sociales peuvent sur présentation de la carte délivrée par leur commune de résidence bénéficier de la gratuité totale de la prestation, incluant l'examen gynécologique, la fourniture du dispositif intra-utérin, sa pose, ses contrôles y compris l'examen échographique recommandé à la première consultation de contrôle conformément à l'article 2 ci-dessus, et son retrait. La consultation est payée dans ce cas au praticien sur le Fonds spécial de solidarité nationale. L'imputation financière sur le Fonds spécial de solidarité nationale est effectuée après transmission par le Ministère de la Santé et de la Population au Ministère de la Solidarité Nationale et de la Famille, d'un état trimestriel des consultations réalisées en direction des personnes démunies de ressources et non assurées sociales, sur la base du formulaire individuel joint en annexe.

**Article 7 :** Les dispositifs intra-utérins sont fournis gratuitement au médecin conventionné à fréquence trimestrielle par les services de la direction de la santé et de la population de la Wilaya sur la base des consultations effectuées.

**Article 8 :** Le médecin est tenu de transmettre trimestriellement une évaluation des consultations à la Direction de la santé et de la population de la Wilaya conformément au canevas en annexe. Le praticien transmet également chaque trimestre à la Direction de la santé et de la population de la Wilaya, les formulaires individuels dûment renseignés, relatifs aux consultations effectuées au profit des personnes démunies de ressources et non assurées sociales. Le praticien doit tenir à cet effet un registre de consultations et un dossier médical individuel comprenant les paramètres figurant dans le canevas en annexe.

**Article 9 :** Le praticien est tenu de disposer de l'équipement et instrumentation requis pour assurer la pose et les contrôles de dispositifs intra-utérins conformément à la fiche technique en annexe.

**Article 10 :** En application des dispositions du présent arrêté, des conventions seront passées entre le Directeur de la santé et de la population de Wilaya et le gynécologue privé, conformément à la convention-type en annexe.

**Article 11 :** Toute convention doit obligatoirement comporter les mentions relatives :

- aux prestations médicales fournies par le praticien

- au système d'évaluation et de gestion de l'activité

- aux conditions de remboursement des frais de prise en charge médicale des assurés sociaux et leurs ayants-droit

- aux obligations et prérogatives de la direction de santé et de population de Wilaya, conformément aux stipulations de la convention en annexe au présent arrêté

**Article 12 :** Le présent arrêté interministériel sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 22 Octobre 1997

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

Le Ministre du Travail de la Protection Sociale et de la Formation Professionnelle

Le Ministre de la Solidarité Nationale et de la Famille

## Annexe I

Convention type applicable aux conventions entre les gynécologues privés et les directions de santé et de population en vue de la promotion du dispositif intra-utérin

Le Directeur de la santé et de la population de la Wilaya de .....

Adresse ..... et

Docteur ..... Gynécologue-obstétricien (ci-après désigné le praticien)

Adresse .....

Ont convenu de qui suit :

**Article 1** : objet

La présente convention-type a pour objet de fixer les droits et obligations des directeurs de la santé et de la population de wilaya et praticiens spécialistes en gynécologie obstétrique exerçant à titre privé dans le cadre de la promotion du dispositif intra-utérin.

**Article 2** : Le Directeur de la Santé et de la Population s'engage à fournir gratuitement les dispositifs intra-utérins au praticien à fréquence trimestrielle sur la base des consultations effectuées. Le Directeur de la Santé et de la Population est également tenu de fournir au praticien les ordonnances portant obligatoirement la mention "praticien conventionné-dispositif intra-utérin gratuit"

**Article 3** : Le praticien s'engage à dispenser une consultation de planification familiale comme définie ci-dessus. La consultation initiale comprend :

- l'information et le conseil sur l'utilisation du dispositif intra-utérin : les avantages de la méthode, les précautions d'utilisation, les effets secondaires et les signes d'alerte nécessitant un contrôle médical.
- l'examen clinique et gynécologique à la recherche de contre-indications absolues à la méthode
- la fourniture gratuite du dispositif intra-utérin et sa pose.
- les consultations complémentaires dites de contrôle comprennent notamment l'examen gynécologique ; un examen échographique est recommandé à la première consultation de contrôle.

**Article 4** : Le praticien s'engage à effectuer les consultations de contrôle selon le schéma retenu au niveau national qui comprend :

- Un 1<sup>er</sup> contrôle 8 jours après l'insertion
- Un 2<sup>ème</sup> contrôle 6 semaines après le 1<sup>er</sup> contrôle
- Un 3<sup>ème</sup> contrôle 6 mois après le 2<sup>ème</sup> contrôle.

**Article 5** : Le praticien s'engage à fixer ses honoraires sur la base des tarifs fixés par la réglementation en vigueur et figurant en annexe. La première consultation de contrôle est gratuite : est cependant payé l'examen échographique éventuel sur la base des tarifs en annexe. Les consultations de contrôle de rang 2 et 3 sont payées par la cliente sur la base du tarif en annexe.

**Article 6** : En ce qui concerne les personnes démunies de ressources et non assurées sociales, le praticien s'engage à en assurer gratuitement les prestations sur présentation de la carte délivrée par leur commune de résidence. Ces prestations concernent l'examen gynécologique, la fourniture du dispositif intra-utérin, sa pose, ses contrôles, y compris l'examen échographique recommandé lors du premier contrôle, et son retrait. Le praticien doit transmettre au Directeur de la santé et de la population les formulaires relatifs à ces consultations selon le modèle en annexe, dûment renseignés.

**Article 7** : Le praticien s'engage à transmettre trimestriellement une évaluation des consultations à la direction de la santé et de la population de Wilaya conformément au canevas en annexe. Le praticien doit tenir à cet effet un registre de consultations et un dossier médical individuel comprenant les paramètres figurant dans le canevas en annexe.

**Article 8** : Le praticien est tenu de disposer de l'équipement et instrumentation requis pour assurer la pose et les contrôles de dispositif intra-utérin conformément à la fiche technique en annexe.

**Article 9** : La présente convention est conclue pour une durée d'une année renouvelable par tacite reconduction. Elle peut toutefois être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des deux parties.

**Article 10** : Toute révision ou modification de la convention ne sera définitive qu'après accord des deux parties concernées.

**Article 11** : La présente convention peut être résiliée à tout moment par l'une ou l'autre des deux parties. Toutefois la résiliation ne peut intervenir qu'après expiration d'un préavis d'un mois formulé par la partie concernée. En cas de résiliation, le praticien restitue au Directeur de la Santé et de la Population le reliquat des dispositifs intra-utérins mis à sa disposition.

Fait à ....., le .....

Le Directeur de la Santé et de la Population

Le praticien

**Annexe II**

I- Tarifs appliqués pour les actes relatifs à l'utilisation du dispositif intra-utérin (DIU)

- Pose de DIU : 200DA
- 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> contrôles de DIU : 100 DA
- Examen avec échographie : 400 DA
- Retrait du DIU : 100 DA

II- Participation des gynécologues privés à la promotion du DIU Fiche mensuelle d'évaluation

Wilaya de : année : mois : N° de la convention :

Nom du médecin :

Adresse :

Nombre de DIU reçus :

Nombre de pose de DIU effectuées :

Nombre total de contrôles :

Nombre de premiers contrôles :

Nombre de 2<sup>ème</sup> contrôles et suivants :

Nombre d'échographies :

Nombre de personnes reçues au titre de l'aide sociale :

Répartition des contraceptrices par tranches d'âge :

Groupe d'âge	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et +
Nombre de consultantes						

Problèmes rencontrés :

- Nombre d'expulsions :
- Nombre total de retrait :
- .. retraits pour problèmes médicaux :
- .. retraits pour convenance personnelle :
- .. retraits avec réinsertion :

III- Formulaire individuel (personnes à prendre en charge sur le fonds national de solidarité)

Nom :

Prénom :

Age :

Adresse :

N° de carte :

Nature de la prestation :

- Pose de DIU :
- 1<sup>er</sup> contrôle :
- contrôle avec échographie :
- 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> contrôle :
- retrait :

Observations :

Fiche technique : matériel requis pour la pose et le retrait

- Stérilisateur
- Lampe d'examen
- Hystéromètre
- Spéculum
- Pincés (Pozzi,- Kocher,- pincés à pansement,...)
- Ciseaux
- Solutions antiseptiques ; gants
- Echographe (éventuellement)

Le Ministre,

**INSTRUCTION N°04 /MSP/MIN 31 JUI 2001**

**OBJET : RENFORCEMENT DU PROGRAMME DE SANTE ET DE LA REPRODUCTION ET PLANIFICATION FAMILIALE**

DESTINATAIRES :

Madame et Messieurs les Walis " pour information "

A: Mesdames et Messieurs les Directeurs de Santé et Population des Wilayas (tous) pur exécution et diffusion aux Directeurs des Secteurs Sanitaires.

La réalisation des objectifs nationaux fixés en matière de population implique la réactivation des programmes de santé reproductive et planification familiale

(SR/PF). En effet, malgré les résultats tangibles enregistrés au niveau national en la matière, des écarts importants sont encore observés entre les Wilayas, appelant ainsi à l'élaboration de stratégies plus ciblées et tenant compte des spécificités locales. Dans ce sens, l'enquête sur la santé de la mère et de l'enfant réalisé par le Ministère de la Santé et de la Population en 2000, indique une progression importante du recours à la planification familiale, avec un taux de prévalence de la contraception, toutes méthodes confondues, passant de 26,9% en 1995, à 64% en 2000. Toutefois, cette avancée de la pratique contraceptive au niveau national, masque d'une part une faible augmentation de l'utilisation des méthodes modernes (de 49 à 50.1% entre 1995 et 2000) et d'autre part, des disparités importantes entre les régions du pays. C'est ainsi que le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception, qui est par ailleurs un révélateur du " dynamisme " des structures de santé, se situe à 56.1% à l'Ouest du pays contre à l'Est, 48.5% au Centre et 29.8% dans la région du sud. Du " dynamisme " des structures de

santé de santé, se situe à 56.1% à l'Ouest du pays contre 55.5% à l'Est, 48.5% au Centre et 29.8% dans la région du sud. Il est à noter que les régions elles-mêmes ne sont pas homogènes et des inégalités sont souvent apparentes au sein d'une même région, entre les différentes wilayas qui la composent.

C'est pourquoi, il a été décidé que l'année 2001 soit marquée à la fois par une relance effective des activités, notamment dans les wilayas qui enregistrent les résultats les plus faibles, et par une déglobalisation des programmes, en fonction de la situation particulière de chaque Wilaya.

La nouvelle dynamique à impulser à l'échelon de la wilaya, dans le domaine de la santé reproductive et planification familiale, doit viser tout particulièrement:

- l'optimisation des moyens humains et matériels existants ;
- l'adéquation de l'offre de services aux besoins des populations concernées ;
- l'amélioration qualifiant les prestations de SR/PF;
- la gestion rigoureuse des produits contraceptifs et médicaments essentiels;

**1/- Amélioration de l'organisation générale des services de santé de la reproduction et de la planification familiale (SR/PF)**

les gestionnaires sont tenus d'assurer au niveau des structures de base, une intégration effective des activités de SR/PF au plan organisationnel et fonctionnel. L'ensemble des personnels, autres que le personnel médical et les sages-femmes, doit être à même d'orienter convenablement les femmes en consultations de SR/PF.

Conformément à la réglementation en vigueur en matière d'horaires de travail, les services de SR/PF doivent être rendus disponibles tous les jours ouvrables par du personnel qualifié (médecin ou sage femme).

Dans ce volet, on veillera tout particulièrement à :

Une implication effective du corps des médecins généralistes en particulier ceux ayant bénéficié des sessions de perfectionnement initiées par la Direction de la Population.

Une stabilisation des sages-femmes recyclées, au niveau des structures de protection maternelle et infantile.

Les secteurs sanitaires ne bénéficiant pas de la couverture minimum requise en médecins et en sages-femmes devront, en liaison avec les DSP procéder à l'une ou l'autre des mesures correctives suivantes :

Redéploiement des ressources humaines dans la mesure du possible, dans le sens d'une répartition plus équitable;

Assurer un roulement de personnels qualifiés (rotation à raison d'un ou deux jours par semaine au minimum) au niveau des structures qui en sont dépourvues, notamment dans les zones défavorisées et/ou enclavées;

Organiser et mettre en place des services itinérants de soins de santé reproductive essentiels (surveillance des grossesses, planification familiale, suivi post-partum).

Dans ce volet particulier de l'amélioration de la couverture sanitaire médicale, on veillera à l'exécution des conventions passées avec les médecins spécialistes privés et à leur contrôle.

Le respect des règles d'hygiène et d'asepsie doit impérativement prévaloir, dans le cadre de l'exécution des activités de santé de la reproduction. Toute négligence en ce sens peut en effet entraîner des complications infectieuses graves en générant des états morbides, lourds de conséquences pour la femme.

Des structures et de dégager, à temps plein et permanent, un ATS chargé de la décontamination et du nettoyage de la petite instrumentation et matériel. Il reste entendu que la stérilisation reste du domaine d'intervention de la sage-femme.

**2/- Amélioration du service " conseil "**

Une information large et complète, sur l'ensemble des mesures contraceptives disponibles, devra être donnée à la consultante et, ce à l'effet d'assurer la pleine adhésion de l'utilisatrice et par là même d'améliorer la continuité de la méthode choisie.

Pour dispenser les informations, le personnel devra s'aider de tout support de démonstration disponible (maquette, dépliants, affiches).

S'agissant spécifiquement de la promotion du dispositif intra-utérin, il ressort très nettement (d'après l'enquête nationale sur les facteurs de résistance à l'utilisation du DIU) que ce procédé est mal connu par les femmes, il conviendra ainsi de développer des actions de vulgarisation en vue de renforcer l'information et à terme l'utilisation de cette méthode.

A titre d'illustration, le personnel ne devra pas hésiter à retirer de son emballage pour la démonstration, un dispositif intra-utérin (parmi un lot de DIU périmés ou parmi ceux dont l'emballage est en apparence défectueux) et en permettre la manipulation.

Le matériel audiovisuel (téléviseur et vidéo incorporée) dont ont bénéficié un grand nombre de secteurs sanitaires, doit être rendu opérationnel, au niveau des salles d'attente, dans les centres de référence concernés par cette dotation ou au niveau des unités " post partum " des maternités.

Les initiatives locales, avec l'apport du mouvement associatif, sont à encourager pour la multiplication des matériaux de communication (vidéo, films...).



### **3/- Optimisation des ressources existantes**

Il s'agit de procéder à une hiérarchisation des paliers d'intervention en matière de santé reproductive et planification familiale à travers.

L'identification par secteurs sanitaires et sous-secteurs, de structures de référence pour les soins de santé maternelle et de planification familiale, et leur dotation en moyens matériels et humains suffisants ; l'affectation des équipements acquis dans le cadre de la coopération doit cibler en priorité ces structures.

L'identification parmi les personnels prestataires et gestionnaires d'un " pool de personnes-ressources " en vue d'assurer le renforcement des capacités locales notamment en matière de pratiques contraceptives, par la formation à l'inspection et au retrait du DIU ; de renforcer les actions de supervision et de contrôle au niveau des structures.

La dynamisation des instances locales de coordination, d'animation et de suivi (comité locaux de SR/PF et de Population) qui intègrent dans leur composition le mouvement associatif, en veillant à traduire leurs recommandations plan d'action de proximité.

La disponibilité des produits contraceptifs et médicaments essentiels engage en termes de coûts, des efforts importants. Leur prescription ainsi que leur utilisation doivent être conduites dans un esprit de rationalisation. A ce titre, un système rigoureux de gestion doit être développé en faveur de ces produits et médicaments. Une évaluation des besoins, des états de stocks et des consommations, devra être périodiquement effectuée aux différents niveaux (structures sanitaires, sous-secteurs secteurs sanitaires) avec l'introduction et la tenue de fiches de stocks permettent chronologiquement de préciser le statut de la femme (selon les critères de continuité) facilitera, au niveau des structures l'activation de ce système de relance.

Il est demandé un suivi de l'instruction Ministérielle n° 6 du 3.10.1998, portant systématiquement du groupage sanguin chez les femmes enceintes, et tout particulièrement de la disposition relative à la prévention du risque d'incompatibilité fœto-maternel, notamment de type Rhésus. Ce risque est estimé, au niveau national; à 2,5% des couples en âge de procréation .On assurera l'orientation des femmes, risque d'incompatibilité dépistées, vers les maternités avec un système de fiches navettes, Des commandes prévisionnelles en sérum Anti D seront établies à fréquence régulière, par les secteurs sanitaires.

J'attache une importance particulière à l'application de cette instruction.

Une évaluation trimestrielle de son exécution devra être transmise aux services concernés de l'administration centrale (Direction de la Population).

**INSTRUCTION N° 312 / MSAS/DP/SDMI DU 22 AVRIL 1992**

**OBJET : Promotion de l'allaitement maternel**

L'enquête sur la mortalité et morbidité infanto-juvénile en 1989 a montré qu'en moyenne 62% des enfants de moins de 02 ans sont allaités au sein. Cependant cette fréquence diminue rapidement avec l'âge de la manière suivante :  
94% des nourrissons sont allaités le premier mois.  
55% le sont jusqu'à un an.  
24% le sont jusqu'à deux ans.

La fréquence diminue également lorsque le niveau d'instruction de la mère augmente et dans les zones urbaines en général. Ces résultats restent très faibles. Des possibilités d'améliorer cette fréquence existent, si des efforts de sensibilisation sont dirigés en faveur des 94% de femmes qui allaitent leur enfant le premier mois afin qu'elles prolongent l'allaitement maternel jusqu'à 12<sup>ème</sup> mois.

L'atteinte de cet objectif nécessite la mobilisation du personnel de santé, une réorientation des activités sanitaires dans le sens d'une reprise ou d'une redynamisation des activités d'éducation sanitaire et l'abandon de certaines pratiques qui concourent à décourager l'allaitement maternel comme :

**a. au niveau des maternités :**

- La séparation de l'enfant de sa mère dès sa naissance et son installation dans les salles appelées pouponnières.
- La mise au sein tardive du nouveau né au 2<sup>ème</sup> jour voir au 3<sup>ème</sup> jour sous prétexte de l'attente de montée laiteuse.
- Le fait de donner au biberon des solutions de glucose ou de tisane avant que la lactation ne commence.
- La disponibilité d'importantes quantités de substituts au lait maternel qui suggère sinon encourage le recours (facile) au biberon.

**b. au niveau des services de pédiatrie :**

- l'hospitalisation des nouveau-nés ou des nourrissons sans leur mère provoquant un sevrage brutal et précoce.  
Compte tenu de ce qui précède, je vous demande de prendre toutes les mesures nécessaires pour la concrétisation et l'application des directives suivantes :

**I. CHANGEMENT DE CERTAINES ATTITUDES ET PRATIQUES :**

La suppression des salles appelées pouponnière et l'installation des nouveaux-nés dans des lits près de leur mère.  
La mise au sein dans la demi-heure qui suit l'accouchement si la mère set disposés (ou le plus tôt possible). La montée laiteuse est plus rapide si la mise au sein est précoce.

L'alimentation du nouveau-né avec des substituts au lait maternel ne doit se faire qu'en cas de stricte nécessité.

**II. EDUCATION SANITAIRE :**

- La mère étant le premier niveau de promotion et de protection de la santé pour l'enfant, chaque contact avec les services de santé doit être fructueux et permettre aux mères d'acquérir le maximum d'information sanitaire. A cet effet il faut :
- Organiser aux niveaux des services de maternité et des PMI des séances d'éducatons sanitaires par groupe (séances collectives) ou individuelles.

La consultation prénatale est un des moments privilège pour cette activité et le séjour à la maternité constitue une période clé.

**III. FORMATION DE PERSONNEL DE SANTE :**

Comme l'attitude du personnel de santé est déterminante pour l'échec ou le succès de l'allaitement maternel il est impératif de :

- assurer une formation continue du personnel en contact avec les mères ou les futures mères (Sages-femmes, et techniciennes affectées aux services de la PMI et de la maternité) par l'organisation de journées d'études, de conférences, la disponibilité de documentation etc...
- insister sur l'allaitement maternel pendant la période de formation aux niveaux des écoles de formation des sages-femmes et des techniciennes en soins généraux, prévoir des sujets de thèse et de mémoire sur l'allaitement maternel.

Vous voudrez bien assurer une large diffusion auprès des services concernés (pédiatrie, maternité et des unités sanitaires de base) et de me rendre compte de l'exécution de la présente instruction.



**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 06/ DU 06/09/1998**

**OBJET : Maternité sans risque prévention et prise en charge du risque hémorragique.**

Dans le cadre de la protection de la santé maternelle et infantile et en particulier en vue de la maternité sans risque, il est retenu pour le court terme la prévention et la prise en charge du risque hémorragique identifié comme l'un des facteurs majeurs de morbidité et de mortalité maternelle

Parmi les mesures prioritaires retenues figure la nécessité absolue du groupage sanguin systématique des femmes enceintes se présentant en consultation prénatale.

La mise en œuvre de cette disposition implique :

- le renforcement de la captation des femmes enceintes visant à la généralisation de la surveillance de la grossesse et le respect de quatre consultations prénatales au minimum,
- la systématisation du groupage sanguin chez les femmes enceintes, pour ce faire il est demandé :
  - de procéder à un contrôle auprès des femmes disposant déjà d'une carte de groupage.
  - de faire procéder dès la première consultation à l'identification du groupe sanguin et Rhésus des femmes dont le groupe n'est pas connu.
  - les femmes enceintes Rhésus négatif étant considérées potentiellement comme grossesse à risque, il sera en conséquence procédé systématiquement au groupage du conjoint ; le groupage et Rhésus du conjoint sera mentionné sur la carte de la parturiente.
  - le personnel de santé est chargé de sensibiliser les femmes sur l'importance de ce document et sur la nécessité de le faire valoir lors de toute consultation et / ou hospitalisation et notamment en cas d'urgence.
- l'application de ces dispositions nécessite la mobilisation des services de santé en vue d'assurer :
  - \* l'information et l'orientation des femmes enceintes ;
  - \* la facilitation de l'accès des femmes aux services chargés de réaliser cet examen paraclinique ;
  - la sensibilisation des personnels pressentis pour la systématisation effective du groupe ;
  - la gestion des produits et consommables avec les services concernés en vue d'assurer la continuité de l'action.
- il est entendu que les actions de sensibilisation doivent dépasser le cadre strict du domaine sanitaire et impliquer en particulier le mouvement associatif local.
- l'application des dispositions de la présente instruction fera l'objet d'une évaluation trimestrielle, conformément à la l'annexe ci-jointe, portant sur :
  - \* l'impact de cette opération ;
  - \* l'identification des contraintes entravant, le cas échéant, sa bonne exécution.

ANNEXE : Evaluation trimestrielle à transmettre chaque trimestre

MATERNITE DE .....  
 SOUS SECTEUR DE ..... P.M.I DE.....  
 TRIMESTRE :.....

NOMBRE TOTAL DES FEMMES ENCEINTES AYANT CONSULTEES	
NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES AYANT ETE GROUPEES	
NOMBRE TOTAL DE CONTROLES DE GROUPAGE EFFECTUEES	
(Femmes dont le groupage Sanguin a déjà été identifié)	
NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES RH NEGATIF	
NOMBRE DE COUPLES A RISQUE D'INCOMPATIBILITE RHESUS	

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION  
DIRECTION DE LA PREVENTION  
MSP/DP/SDSM

**INSTRUCTION N° 571 DU 08 OCT 2000 RELATIVE A LA PREVENTION DE LA MALADIE  
HEMMORAGIQUE DU NOUVEAU-NE**

**DESTINATAIRES :**

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la population (tous).  
Messieurs les Directeurs Généraux des CHU (tout).  
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires (tous).  
Messieurs les Directeurs des EHS (tous)

EN COMUNICATION A

Mesdames et Messieurs les Chefs des Services de Gynécologie obstétrique et des maternités cliniques et privées.  
Mesdames et Messieurs les Chefs des Services de pédiatrie.  
Messieurs les Responsables des PMI.

(POUR EXECUTION)

Messieurs les Présidents des Conseils Régionaux de la Santé.  
Messieurs les Directeurs des ORS

(POUR INFORMATION)

**OBJET : Prévention de la Maladie Hémorragique du Nouveau-né**

Dans le cadre de l'application du programme national lutte contre la maladie et la mortalité maternelle et prénatale la prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né s'impose de la période néonatale.

La maladie hémorragique du nouveau-né est liée à un défaut transitoire en facteurs de la coagulation vitamine K1 dépendant du fait des faibles réserves du gélus en vitamine K1.

A la naissance tout nouveau-né doit recevoir de la vitamine K1 selon le schéma suivant :

**1- Chez le nouveau-né quelque soit son terme ou son poids de naissance :**

Administer une dose unique de :

01 mg de vitamine K1 en intramusculaire, dans les 06 heures suivant la naissance.

**2- Chez les femmes enceintes traités par les barbituriques ou les Antiépileptiques :**

Administer :

- 01 fois/semaine 10-20 mg de vitamine K1 par voie intramusculaire pendant les deux derniers mois de la grossesse.

- Une autre injection de 10 mg de vitamine K1 par voie intramusculaire 04 heures avant l'accouchement.

**3- Chez les nouveau-nés issus de mères traités pendant leur grossesse par les Barbituriques ou les Antiépileptiques :**

Administer une dose de charge de :

- 05 mg de vitamine K1 par voie intramusculaire.

Je vous prie de bien vouloir veiller à l'application de la présente instruction dont l'importance ne saurait vous échapper.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

مدير الوقاية  
الاستاذ ع. سميد

**INSTRUCTION N° 02 DU 15 JUILLET 1996**

DESTINATAIRES :

« Pour Information »

Directeur Santé et Protection Sociale (Tous)

Directeur des Secteurs Sanitaires (Tous)

Directeur Général CHU (Tous)

« Pour Application »

Chefs de service de :

Gynécologie-Obstétrique –Maternité-Pédiatrie –C T S –Hématologie-SEMEP-Laboratoires-Pharmacie-Médecin chef de sous secteur.

**OBJET : - Conduite à tenir devant une femme du groupe Rhésus négatif dont le conjoint est du groupe Rhésus Positif.**

- Modalités d'Utilisation de l'Immunoglobuline Anti –D.

On définit comme Rhésus Négatif tout sujet pour lequel la recherche du Rhésus standard D., complétée par le D " est négative.

Ainsi, devant un Rhésus Négatif, la première grossesse d'un enfant Rhésus Positif met l'organisme maternel en « alerte ».

En effet, un faible passage d'hématies Rhésus positif du fœtus dans la circulation maternelle, peut induire la fabrication chez la mère d'anticorps anti-rhésus.

Une situation similaire peut se voir en cas d'avortement.

Le premier enfant sera indemne, mais la mère peut-être, dans ce cas sensibilisée ce qui se manifestera biologiquement par la présence d'agglutinines irrégulières anti D (Recherche d'Agglutinines Irrégulières positive « RAI + »).

Lors d'une grossesse ultérieure, les anticorps ou agglutinines maternelles traversent la barrière placentaire et circuleront dans le sang fœtal.

A ce moment là, deux situations sont observées :

- Le fœtus est Rhésus positif comme son père.

Dans ce cas, les anticorps anti-D se fixent sur les hématies fœtales et les lysent entraînant une anémie hémolytique fœtale ou néonatale.

Elle sera d'autant plus sévère que le titre des anticorps maternels est élevé.

(\*)- Du est une variante de l'Ag D qui s'exprime très faiblement.

## **PREVENTION**

Toute femme Rhésus Négatif doit être considérée comme une personne à risque pour son enfant.  
Tout nouveau-né de mère Rhésus négatif doit être groupé dès sa naissance avec recherche du Du éventuellement.  
Cette femme doit bénéficier d'une prévention se situant à deux niveaux :

### **PREVENTION DURANT LA GROSSESSE :**

Recherche systématique et répétée des anticorps anti-D (R.A.I).  
Surveillance de l'évolution du titre d'anticorps en cas de R.A.I positive.

### **PREVENTION APRES L'ACCOUCHEMENT :**

Injection à la mère d'immunoglobuline anti D : 250 mg Intra-Musculaire dans les 72 heures au plus tard qui suivent l'accouchement.

Cette injection doit se faire :

1. Chez les femmes Rhésus négatif, après le premier accouchement d'un enfant Rhésus positif
2. Chez les femmes ayant déjà reçu le sérum anti-D pour les grossesses antérieures, l'injection doit être répétée chaque accouchement d'un enfant Rhésus positif.
3. En cas d'interruption de grossesse
4. En cas d'accouchement d'un mort-né.

## **CONDITIONS DE DELIVRANCE DE L'IMMUNOGLOBULINE ANTI- D**

L'immunoglobuline anti-D est un produit qui ne doit être utilisé que dans les situations concernées ci-dessus.

Sa délivrance obéit à certaines règles :

Elle ne se fera que sur présentation d'un dossier comprenant :

Une demande signée du médecin traitant

Un certificat attestant l'accouchement

La carte du groupage de la mère et du nouveau-né

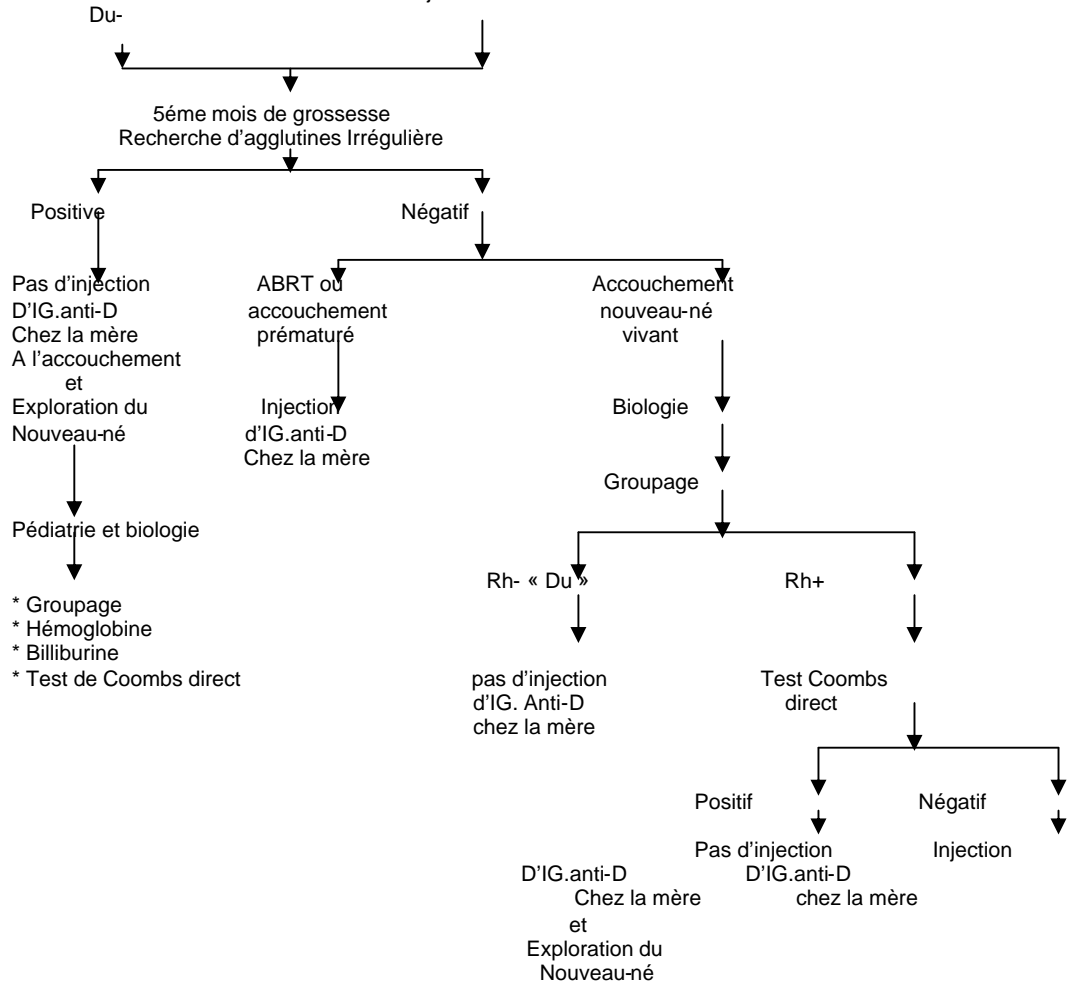
Le résultat du test de COOMBS direct chez le nouveau-né (\*)

Le résultat récent d'une Recherche d'Agglutines Irrégulières chez la mère.

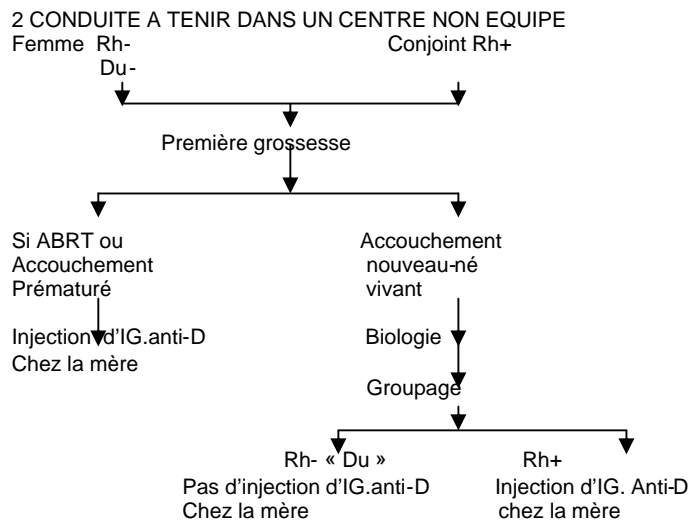
Ce dossier doit être présenté au service distributeur (Pharmacie hospitalière) par un personnel médical ou para-médical habilité.

(\*) Si le test de COOMBS ne peut être réalisé, se référer à la CAT 2

1 CONDUITE A TENIR DANS UN CENTRE EQUIPE  
 femme Rh- Conjoint Rh+



(pédiatrie-biologie)



NB : Une fois cette femme captée et identifiée par les services de santé, pour toute grossesse ultérieure, elle devra être prise en charge par un spécialiste en gynéco-obstétrique ou se référer à un centre équipé à chaque fois que cela est possible  
 L'injection d'immunoglobuline anti D est INUTILE et ne DOIT PAS SE FAIRE pour les cas suivants :

- Chez la mère déjà immunisée et dont le sang contient des agglutinines irrégulières (RAI+)
- Chez la mère Rhésus négatif et dont l'enfant est Rhésus négatif.
- Chez une femme Rhésus négatif dont le conjoint est Rhésus négatif.
- Dans les incompatibilités dans le système Rhésus autre que le grand D (exemple c ;e).
- Dans les autres systèmes du groupe (exemple : Kell).

**IMPORTANT**

- Seules 10% environ des femmes Rhésus négatif s'immunisent, d'ou l'intérêt de la recherche d'agglutinines irrégulières pendant la grossesse, même après une R.A.I Négative.  
 Si le délai de 72 heures après accouchement est dépassé, sans excéder une semaine, l'injection d'immunoglobuline anti D peut être faite, mais son efficacité ne peut être garantie.

**PLAN D'ACTION D'ELIMINATION DU TETANOS NEO-NATAL « T.N.N »**

**1- INTRODUCTION**

L'élimination du tétanos néonatal -TNN- s inscrit dans le cadre de lutte contre la mortalité infantile notamment en matière de vaccination.

En effet notre pays continue d'enregistrer des cas de tétanos dont 3/4 environ sont des TNN.

Par ailleurs certaines régions de part leur contexte socioculturel et économique sont particulièrement vulnérables essentiellement en zone éparse. C'est la qu'est enregistré le plus fort taux d'accouchement à domicile.

**2- ANALYSE DE LA SITUATION**

**1. Données démographiques**

1.1 Population de femmes en âge de procréer  
elle représente 22/100 environ de la population générale

En 1990 il y a plus de 6 millions de femmes a prendre en charge sur le plan de la vaccination et des accouchements en milieu assisté.

1.2 Nombre annuel de naissances

En 1991 il y a eu 755.459. Il y a donc de 750.000 enfants par an qui pourraient être protégés contre le TNN si les mères sont vaccinées.

**2- Incidences du TNN**

1991 = 42 cas de tétanos ont été déclarés au Ministère de la Santé ainsi qu'a l'Institut National de Santé Publique.

29 de ces cas sont des tétanos néonataux -70/100 Ces cas sont survenus dans les zones éparées ou réside 30/100 de la population algérienne.

**3- Couverture Vaccinale des Femmes**

Jusqu'a Décembre 1992 seule les femmes enceintes étaient vaccinées dans le cadre de la lutte contre le Tétanos Néonatal trois 3 prises vaccinales étaient pratiquées.

L'enquête d'Avril 1991 montre les taux suivants

- 23/100 des femmes enquêtées ont reçu 1 dose de VAT
  - 20/100 des femmes enquêtées ont reçu 2 doses de VAT
  - 6/100 des femmes enquêtées ont reçu 3 doses de VAT
- Ces taux restent très bas eu égard a la couverture sanitaire du pays.

**4- Accouchements**

Selon des enquêtes près de 80% des accouchements se font en milieu assisté. Cependant ce taux est très différent d'une région a une autre du pays.

**3- OBJECTIFS DU PLAN D ACTION**

1- Elimination du tétanos néonatal d'ici l'an 1995

- Atteindre un taux de couverture vaccinale au VAT d'au moins 80% des femmes en âge de procréer aussi en milieu urbain ou éparse.

3- Atteindre un taux d accouchements en milieu assisté d'au moins 90%.

**IV- STRATEGIE D'ELIMINATION DU TETANOS NEONATAL**

La stratégie repose sur 7 éléments essentiels :

**1 – la vaccination antitétanique :**

Augmenter rapidement la couverture vaccinale de la population en âge de procréer et en particulier des femmes enceintes

1.1 Introduction du calendrier vaccinal a 5 doses de l'OMS.

1.2 Vaccination systématique a tout contact -consultation pour elle même ou autre raison.

1.3 Renforcement des sorties des équipes mobiles essentiellement en zone éparse.

1.4 Organisation de campagne de vaccination au niveau des secteurs sanitaires.

1.5 Adaptation des journées Maghrébines de Vaccination au programme d'éradication du Tétanos Néonatal.

1.6 Adoption d'une carte de VAT standard.

1.7 Intégration de la vaccination antitétanique aux activités d'hygiène scolaire.

1.8 Sensibilisation du secteur privé à la vaccination antitétanique

**2- Respect des règles d'asepsie pendant et après l'accouchement**

2.1 Favoriser et augmenter le taux d'accouchement en milieu assisté surtout en zone éparse par une meilleure captation des femmes enceintes.

2.2 Promouvoir et recommander le respect des règles d'asepsie du cordon ombilical essentiellement pour les accouchements à domicile.

2.3 Renforcer les consultations prénatales

2.4 Encourager et redynamiser les consultations post-natales.

2.5 Lutter contre les méthodes et gestes traditionnels.

**3- Surveillance épidémiologique du Tétanos Néonatal**

3.1 Diffusion de la définition standard du cas de TNN - OMS-

un cas de TNN devrait être suspecte quand un enfant a présente les 3 symptômes suivants :

- Cri et tétées normale pendant les 2 premiers jours de la vie
- Début de la maladie entre le 3eme et le 2emejour de la vie
- Incapacité a téter suivie par une rigidité et/ou des convulsions.

3.2 Déclarer séparément les cas de TNN

3.3 Institution de la déclaration \* zéro cas de TNN \* c est le zéro reporting

\* dans le support des maladies a déclaration obligatoire déjà existant dans les unités et adresse hebdomadairement,

3.4 Evaluation de la completude de la notification

3. Investigation des cas de TNN déclarés en vue de la détermination des causes. Utiliser la fiche d'enquête TNN.

3.6 Evaluation de la situation a l'échelle du secteur sanitaire \* S,S\* et de la Wilaya.

3.7 Elaboration de la carte ou sont apparus les cas de TNN au niveau du secteur sanitaire et la Wilaya -zone a risque.

#### **4- Communication et Mobilisation Sociale**

Etablir un programme qui insistera sur

- l'intérêt de la vaccination antitétanique
- le calendrier vaccinal
- la nécessité de l'aseptie du cordon
- le danger des traitements traditionnels du cordon ombilical
- l'intérêt de l'accouchement en milieu assisté

Ce programme se fera a destination des personnels de santé et de la population.

#### **5- Dynamisation de la formation**

Elle sera axée sur :

- la situation épidémiologique du TNN
- le calendrier vaccinal antitétanique
- la notion de vaccination des FAP a tout contact avec les structures de santé.
- le danger des méthodes traditionnelles de traitement de la plaie ombilicale
- l'investigation ou enquête épidémiologique du cas de TNN
- l'éducation sanitaire en matière de TNN

#### **6- Supervision du programme national d'élimination du TNN**

C'est une étape importante pour s'assurer du bon déroulement de l'exécution du programme

- au niveau du secteur sanitaire pour le SEMEP
  - au niveau de la Wilaya pour le responsable du PEV ou de la PMI
- au niveau de la centrale par les membres du comité technique PEV.

Elle sera axée sur le terrain sur :

- l'identification des problèmes après l'analyse de la situation
- le choix des stratégies et la mise en place de solutions appropriées.

#### **7- Evaluation**

Elle sera basée sur les éléments suivants

- le nombre de cas de TNN notifiés
- le nombre d'enquête faites autour des cas
- le pourcentage des structures qui déclarent - zéro cas -
- le taux d'accouchement en milieu assisté
- le taux de couverture vaccinale au VAT.



# **Maladies à Transmission Hydrique**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DES  
COLLECTIVITES LOCALES

MINISTRE DE LA SANTE  
PUBLIQUE

MINISTERE DE L'HYDRAULIQUE DE  
L'ENVIRONNEMENT ET DES FORETS

N° 02/DDL/87

ALGER, le 13 Janvier 87

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE**

A  
MESSIEURS LES WALIS  
EN COMMUNICATION A :  
MESSIEURS LES CHEFS DE DAIRA  
LE PRESIDENT DU C.P.V.A  
LES PRESIDENTS D'A.P.C.

**OBJET : Prévention des maladies à transmission hydrique**

REF : Décret du C.I.M du 14 décembre 1986

L'évolution des maladies à transmission hydrique durant cette dernière décennie, s'est caractérisée par une extension géographique et une augmentation régulière du nombre de cas enregistrés.

Les principaux facteurs à l'origine de ces maladies résident essentiellement dans :

l'insuffisance des ressources hydriques mobilisées et distribuées ;  
l'existence de zones à population sous-desservies, en milieu urbain, et de zones défavorisées en milieu rural ;  
le généralisation des rejets sauvages des eaux usées, notamment dans les oueds et les plages ;  
les faiblesses dans la prise en charge des installations hydrauliques existantes et dans le contrôle et le traitement des points d'eau (réservoirs, puits, sources .....);  
l'irrigation des cultures maraîchères par les eaux usées ;  
l'absence de traitement des puits en milieu agricole.

Cette situation a engendré une endémicité de certaines maladies graves, sévissant à longueur d'année, avec parfois des flambées spectaculaires et massives.

Il est évident que les maladies à transmission hydrique, outre les nombreuses pertes en vies humaines, ont une incidence financière importante sur le budget de l'état, à travers les frais induits par les coûts de la prise en charge médico-sanitaire, des pertes sur le plan économique et la charge sociale.

Ainsi, l'estimation financière des seuls coûts de la prise en charge médico-sanitaire, fait ressortir un montant annuel de un (1) milliard de dinars soit l'équivalent de :

Toutes les opérations d'assainissement inscrites au titre du plan annuel 1989.

L'ensemble des crédits de paiement affectés aux communes au titre des PCD pour la tranche 1985.

Compte tenu des risques potentiels de ces maladies, la direction politique a pris, tout un ensemble de mesures aux différents plans politiques, législatifs, réglementaires et financières.

Cependant les mesures arrêtées n'ont pu aboutir aux résultats escomptés en raison des insuffisances et difficultés enregistrées d'une part, et à l'absence d'une prise en charge rigoureuse et permanente des opérations de prévention d'autre part.

C'est ainsi, qu'à la faveur des missions d'inspection de contrôles et d'évaluation dans plus de 40 wilaya du comité interministériel chargé du suivi quotidien du programme de lutte contre les maladies à transmission hydrique, durant l'été 1986, il a été confirmé que la responsabilité collective et individuelle est en grande partie à l'origine de la propagation de ces maladies à transmission hydrique ; elle était due également à :

L'absence d'une prise de conscience réelle des risques encourus ;

L'irrégularité des actions de prévention, de contrôle et suivi, et de traitement des points d'eau ;

l'absence d'évaluation des mesures prises ;

au manque de coordination et de concertation.

De toute évidence, l'éradication de toutes ces maladies, réside dans la volonté et la capacité des élus, responsables et services techniques à tous les échelons, d'assurer la prise en charge correcte, rigoureuse et surtout permanente des opération de prévention, de contrôle et de surveillance.

Dés lors, il est impérieux de mettre en œuvre le programme d'action qui a été adopté par le C.I.M du 14 décembre 1986, en vue de réduire les risques potentiels pour l'année 1987 d'une part et d'entamer le processus d'éradication de ces maladies à plus long terme d'autre part.

Ce programme devra s'articuler sur des supports conséquents au plan organisationnel, humain, financier et matériel, et exige pour son exécution la mobilisation soutenue des collectivités locales ainsi que l'ensemble des secteurs et opérateurs concernés (Ministère de l'agriculture, des industries, du commerce, du tourisme).

Les actions prioritaires à concrétiser à partir du mois de janvier 1987 par les secteurs de l'hydraulique de la santé et par les communes devront permettre d'assurer d'ici juin 1987 :

**1- PAR LE SECTEUR DE L'HYDRAULIQUE :**

Le lancement d'une enquête nationale sur l'A.E.P et l'assainissement ;

Le recensement, la protection et le traitement régulier des réservoirs et châteaux d'eau gérés par les E.P..

L'équipement des ouvrages de traitement des eaux distribuées ;

L'achèvement du programme planifié de rénovation et d'extension des réseaux de distribution et d'assainissement en cours au niveau de plusieurs grandes agglomérations ;

La réhabilitation de 10 Stations d'épurations des eaux usées urbaines déjà diagnostiquées ;

La conception et la diffusion de procédés techniques (bassins de décantation-fosses septiques collectives....);

L'élaboration de textes relatifs aux conditions et normes de potabilité, à la concession des réseaux d'assainissement et à la concession du domaine public hydraulique.

## **2- PAR LE SECTEUR DE LA SANTE :**

le renforcement du système de surveillance épidémiologique ;  
l'actualisation du programme de contrôle de l'hygiène du milieu et de l'assainissement ;  
le développement du réseau de laboratoire d'hygiène des wilaya des grosses agglomérations et secteur sanitaires ;  
le développement du contrôle en hygiène alimentaire ;  
le renforcement de l'hygiène et de la salubrité dans les établissements sanitaires.

## **3- PAR LES COMMUNES :**

la stricte interdiction de l'irrigation par les eaux usées ;  
le recensement, la protection, et le traitement régulier des puits collectifs ;  
le recensement, la protection, le captage des sources et la construction des bassins permettant le traitement des eaux alimentant les populations ;  
le recensement, la protection et le traitement des réservoirs et châteaux d'eau non pris en charge par les entreprises de gestion des eaux (EPE) ;  
l'approvisionnement par citernes d'eau javellisée des communautés dépourvues d'eau potable ;  
la déclaration et le traitement régulier par leurs propriétaires des puits privés servant à l'alimentation en eau ;  
la construction de fosses septiques collectives; bassins de décantation sur la base des normes et fiches techniques aborées par le MHEF ;  
la rénovation et la réhabilitation des fontaines publiques existantes ;  
la redynamisation des commissions d'hygiène et des décisions de contrôle et de suivi.

A cet effet, il vous est rappelé toutes les instructions et directives précédentes demeurent en vigueur, de même que la continuité des actions et missions des organes de surveillance et de suivi.

Des instructions complémentaires précisant les modalités et conditions de mise en œuvre et de suivi, vous parviendront incessamment.

Aussi, il vous est demandé d'organiser des réunions avec l'exécutif de wilaya d'une part, et les présidents d'A.P.C et responsables de Kasmate d'autre part, en vue de les sensibiliser et les mobiliser pour assurer la concrétisation effective de ce programme et d'entamer d'ores et déjà les opérations de chaulage et de javellisation.

En outre, la mise en œuvre d'un tel programme fera l'objet d'un suivi régulier et d'une évaluation périodique, par les comités permanents qui seront institués tant à l'échelle nationale, qu'à l'échelle local de la wilaya, de la Daïra et de la commune.

Par ailleurs, une réunion se tiendra le 28 janvier 1987 à Alger regroupant les Ministères concernés et les responsables locaux de la wilaya, de l'hydraulique et de la santé.

LE MINISTRE DE L'INTERIEUR ET  
DES COLLECTIVITES LOCALES  
**M. HAMED YALA**

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
**DJAMEL HOUHOU**

LE MINISTRE DE L'HYDRAULIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT  
ET DES FORET

**MOHAMED. ROUGHY**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DES COLLECTIVITES LOCALES  
DIRECTION DU DEVELOPPEMENT LOCAL

REF : 10/DDDL/87

Alger, le 17 février 1987

**INSTRUCTION**

LE COMITE NATIONAL CHARGE DU SUIVI DU PROGRAMME DE PREVENTION DES MALADIES  
A TRANSMISSION HYDRIQUE

A  
MESSIEURS LES WALIS  
EN COMMUNICATION A MESSIEURS :  
LES CHEFS DE DAIRA  
LE PRESIDENT DU C.P.V.A  
LES PRESIDENTS D' A.P.C

**OBJET : A/S programme de prévention des maladies a transmission hydrique / création de décharge contrôlées communales et / ou intercommunales des résidus urbains.**

REFE : Décisions du conseil des ministres du 14/01/1987  
Circulaire Interministérielle N° 02/DD/L/87 du 12/11/1987  
Instruction Interministérielle (A) N° 508 /SGOL/DAFL/SDSFSP/ DU 30/16/1983.

Parmi les mesures contenues dans la circulaire interministérielle N° 02/DD/L/87 du 13 janvier 1987, figure la création et l'aménagement de véritables décharges contrôlées des déchets solides urbaines.

En effet la prolifération des rejets sauvages la généralisation d'un des facteurs à l'origine de la propagation des maladies à transmission hydrique de pollution de nappes aquifères et Oueds, et de pollution de l'environnement et d'atteinte à la santé publique d'une manière générale.

A ce titre, il est utile de vous rappeler que le Ministère de l'intérieur et des collectivités locales a organisé plusieurs cycles de formation et de recyclage en direction des élus et responsables locaux d'une part, et a assuré une large diffusion de documents techniques et textes réglementaires ( traités de gestion, guides pratiques, cahiers techniques, instructions A à 1 – etc.....) en vue de permettre aux collectivités locales, d'assurer la prise en charge correcte : de la gestion, de l'élimination et du traitement des résidus urbains, conformément aux directives et instructions édictées en la matière .

Aussi, les communes sont-elles tenus de procéder, à la mise en place de décharges publiques véritablement contrôlées, pour les grandes et moyennes agglomérations, et surveillées pour les petites agglomérations dans le respect des normes et techniques contenues dans l'instruction « A » visée en référence, cette opération devrait se traduire par :

- 1)- l'aménagement des décharges publiques existantes en décharges contrôlées.
- 2)- la création de décharges contrôlées nouvelles dans les agglomérations qui sont dépourvues, en favorisant toujours celles du type intercommunal, afin de réduire les coûts de réalisation, les frais d'exploitation et éviter la multiplication des foyers de pollution et nuisances.

La concrétisation de ce programme requiert d'une part l'utilisation rationnelle et optimale des ressources et moyens locaux et d'autre part une mobilisation et un suivi rigoureux par les autorités locales et les responsables des services techniques concernés (en particulier ceux de l'environnement et des forêts).

En matière d'équipement il y a lieu d'insister particulièrement sur les moyens à dégager sur les parcs existants à l'échelle de la commune ou de la wilaya d'une part, et sur leur disponibilité constante sur la décharge d'autre part (compactage et recouvrement des déchets.....).

En matière de financement, si plusieurs wilayas et communes ont bénéficié des subventions allouées par le FCSL en 1985 et 1986, il reste que le taux de réalisation, et la consommation des crédits sont nettement insuffisants.

Quand aux autres wilayas et communes elles sont invitées à proposer l'inscription d'opération de création de décharges contrôlées au titre des PCD et des subventions allouées par le FCSL, dans leurs tranches annuelles respectives, crédits y afférents devront être utilisés selon leur objet et dans le respect rigoureux des délais fixés.

Par ailleurs, des missions de suivi et de contrôle seront organisées à travers les wilayas et communes bénéficiaires et le cas échéant il sera procédé à des retraits de crédits, pour les affecter à d'autres collectivités locales.

Toutes les actions de mise en place de décharge contrôlées devront faire l'objet d'un rapport bimensuel, qui sera adressé à la tutelle et au comité national et qui fera ressortir le bilan des opérations engagées à partir de janvier 1987, les résultats réels obtenus, et les contraintes éventuellement rencontrées.

Messieurs les walis, les chefs de Daïras et présidents d'A.P.C, devront veuillez, chacun en ce qui le concerne, à l'application de ces mesures et assurer toutes les conditions nécessaires à leur exécutions.

COPIE A :  
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE (S.G)  
PREMIER MINISTRE (CABINET)  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (S.G)  
MINISTERE DE L'HYDRAULIQUE ENVIRONNEMENT ET DES FORETS (S.G)  
MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE (S.G)  
MINISTRE DU COMMERCE (S.G)

**CIRCULAIRE N° 11/MSP/CAB/ DU 06 FEVRIER 1993**

Destnataires:

- MESSIEURS LES WALI – TOUS -

**OBJET : Relance du programme national de lutte contre les maladies à transmission hydrique**

La persistance de foyers épidémiques de fièvre typhoïde et d'hépatites épidémiques ainsi que la faible pluviométrie enregistrée au cours des premiers mois de la saison hivernale constituent des facteurs de risques considérables d'aggravation de la situation épidémiologique des maladies à transmission hydrique.

A l'effet de consolider les résultats encourageants enregistrés les dernières années dans la lutte contre ces affections, j'ai l'honneur de vous rappeler la nécessité de relancer et développer l'activité de tous les « comités de suivi du programme de lutte contre les maladies à transmission hydrique » au niveau de la wilaya, de la daïra et de la commune.

L'efficacité de ces comités s'est avérée comme instrument privilégié de cette lutte. Aussi convient-il selon un calendrier préétabli de séances de travail et de sorties sur le terrain, de redéployer l'action de ces comités pour la saison hivernale 1993 autour de la réalisation et du suivi des recommandations suivantes :

Evaluer les moyens matériels disponibles (ou à commander) indispensables à la mise en œuvre du programme.

Assurer , en étroite collaboration avec les services de l'hydraulique, le traitement et le contrôles chimique et bactériologique des eaux destinées à la consommation humaine en maintenant un taux de chlore actif libre de 0,2 à 0,4 mg/1 en période normale et 0,4 à 0,6 mg/1 en période épidémique ;

Mettre en œuvre des plans de citernage au niveau des agglomérations dépourvues d'eau potable, en assurant un approvisionnement de 20 litres d'eau /habitant et par jour ;

Œuvrer à la pose systématiquement de la brique poreuse standardisée dans les puits, en respectant les instructions y afférentes ;

Réparer les fuites d'eau potable et d'eaux usées constatées sur le réseau ;

Etablir un planning de sorties des commissions communales pour le contrôle systématique des commerces à caractère alimentaire ;

Assurer un contrôle systématique des eaux de baignade et veiller au respect des prescriptions d'interdiction de baignade touchant aux zones considérées comme dangereuses ;

Veiller au respect de l'interdiction d'irrigation par les eaux usées ;

Informier et sensibiliser les citoyens sur règles fondamentales d'hygiène individuelle et collective ;

Il appartient aux responsables des comités de suivi de veiller la réalisation intégrale de ce programme minimum.

Des missions d'inspection intersectorielle devrait être organisées dès le début de cette année à l'effet d'évaluer l'état d'avancement du programme de lutte contre les maladies à transmission hydrique.

J'attache la plus haute importance à l'application des recommandations prescrites ci-dessus, ainsi qu'au contrôle et au soutien les plus conséquents aux efforts d'application.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

**MOHAMED SEGHIR BABES**

LE MINISTRE DE L'INTERIEUR, DES COLLECTIVITES LOCALES  
ET DE L'ENVIRONNEMENT

**Arrêté interministériel du 4 Dhou El Kaada 1418 correspondant au 3 mars 1998 modifiant et complétant l'arrêté interministériel du 8 Moharram 1417 correspondant au 26 mai 1996 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de lutte contre les maladies à transmission hydrique.**

Le ministre de l'intérieur, des collectivités locales et de l'environnement,  
Le ministre de la santé et de la population et

Le ministre de l'équipement et de l'aménagement du territoire,

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 90-122 du 30 avril 1990 fixant les attributions du ministre de l'équipement;

Vu le décret exécutif n° 90-124 du 30 avril 1990 fixant les attributions du ministre de la santé;

Vu le décret exécutif n° 94-247 du 2 Rabie Ethani 1415 correspondant au 10 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'intérieur, des collectivités locales et de l'environnement;

Vu l'arrêté interministériel du 8 Moharram 1417 correspondant au 26 mai 1996 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de lutte contre les maladies à transmission hydrique.

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions de l'arrêté interministériel du 8 Moharram 1417 correspondant au 26 mai 1996 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de lutte contre les maladies à transmission hydrique.

**Article 2** : Les dispositions de l'arrêté interministériel du 8 Moharram 1417 correspondant au 26 mai 1996 sont complétées par un *article 8 bis* rédigé comme suit :

" *Art. 8 bis*. — Il est institué au niveau de chaque wilaya un comité de wilaya, des comités de daïras et des comités communaux.

Lorsque le champ d'action d'un ou de plusieurs comités de wilaya couvre un bassin hydrographique complémentaire et solidaire, il peut être créé des comités inter-wilayas par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, des collectivités locales et de l'environnement, du ministre de la santé et de la population et du ministre de l'équipement et de l'aménagement du territoire, qui en fixe la consistance territoriale, les missions, la composition et le fonctionnement".

**Article 3** : Les dispositions des *articles 9 et 10* de l'arrêté interministériel du 8 Moharram 1417 correspondant au 26 mai 1996 susvisé, sont modifiées ainsi qu'il suit :

" *Art. 9*. — Le comité de wilaya est mis en place par arrêté du wali.

Il se compose des membres suivants :

- le wali ou son représentant, président;
- le directeur de la réglementation et des affaires<générales>;
- le directeur de la santé et de la population;
- le directeur de l'hydraulique;
- le directeur de la planification et de l'aménagement du territoire;
- le directeur des services agricoles;
- le directeur des mines et de l'industrie;
- le directeur de l'urbanisme et de la construction;
- le représentant de la protection civile;
- l'inspecteur de l'environnement.

Il peut faire appel à toute personne ou organisme dont les compétences sont jugées utiles pour les travaux du comité".

"*Art. 10*. — Le comité de wilaya se réunit une fois par semaine en séance ordinaire.

Il se réunit en cas de besoin en séance extraordinaire à la demande de l'un de ses membres.

Le secrétariat du comité de wilaya est assuré par les services du secrétariat général de la wilaya".

**Article 4** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 4 Dhou El Kaada 1418 correspondant au 3 mars 1998.

Le ministre de l'intérieur,  
des collectivités locales  
et de l'environnement  
**Mostéfa BENMANSOUR**

Le ministre de la santé  
et de la population  
**Yahia GUIDOUM**

Le ministre de l'équipement  
et de l'aménagement du territoire  
**Abderrahmane BELAYAT**

**INSTRUCTION TECHNIQUE N° 001 / MSP / DPES du 18 JANVIER 1986**

DESTINATAIRES :

MM.	LES WALIS- CABINET	« Pour Information »
	LES DIRECTEURS DE LA SANTE	
	DE LA WILAYA – TOUS –	« Pour exécution »
	LES DIRECTEURS DES SECTEURS	
	SANITAIRES – TOUS –	« Pour exécution »

**OBJET : Chloration de l'eau des puits par procédé de la brique céramique poreuse  
(ou briques rouges).**

Dans le cadre de la prévention des maladies à transmission hydrique, un procédé simple et économique de désinfection par l'utilisation de briques céramiques poreuses (ou briques rouge) a été expérimenté par les services de santé de la wilaya de Sétif.

Ce système est efficace en raison de la perméabilité des parois de la brique qui permet 24 heures après sa mise en place une diffusion des ions de chlore de façon régulière pendant une durée de 4 à 5 mois environ. Les dosages de chlore résiduel obtenus pendant les 2 premiers mois se situent entre 0,2 mg / l et 0,6 mg/l (doses largement suffisantes).

Cette méthode a eu un résultat positif sur le plan épidémiologique ; une diminution de la morbidité des maladies à transmission hydrique dans toutes les communes des secteurs sanitaires ayant réalisé le programme de chaulage des puits par procédé de brique a été observé.

De ce fait, j'ai l'honneur de vous demander de prendre les dispositions nécessaires avec la contribution des A.P.C pour le lancement de ce système à travers les communes des secteurs sanitaires de votre wilaya conformément à la fiche technique relative à la chloration de l'eau des puits par procédé de brique céramique poreuse jointe en annexe.

Le Directeur de la Prévention  
et de l'Education Sanitaire

**Docteur B. HADJ.LAKHEL**

## Recommandations pour la qualité bactériologique de l'eau de boisson

### 1. Introduction :

L'eau destinée à la consommation humaine doit être exempte de germes nocifs pour la santé. L'emplacement, la construction, l'exploitation et la surveillance d'un système d'alimentation en eau (avec ses réservoirs et son réseau de distribution) doivent être de nature à exclure tout risque de pollution.

Nous nous proposons dans la présente note relative à la qualité en l'eau de boisson.

-De guider les techniciens et autre personnes qui assurent la distribution le traitement et la surveillance bactériologique des eaux.

### 2 . Considération à prendre pour les prélèvements

2.1 Un prélèvement correct est indispensable à l'obtention de résultats significatifs et doit être considéré comme une phase préliminaire de l'analyse. On devra donc prélever l'eau avec toute précaution d'asepsie, et pour cela plusieurs conditions s'imposent.

Les échantillons seront recueillis dans des flacons soumis au préalable à un nettoyage rigoureux, et stérilisés (les eaux traitées par le chlore ou ses dérivés doivent être obligatoirement recueillies sur des flacons contenant 5 à 10 mg d'hyposulfite de sodium)

Pour le prélèvement proprement dit, on procédera de la manière suivante :

- Eaux de puits, de rivière, d'oued, tremper doucement le flacon à l'intérieur de l'eau et prélever à environ 60 cm de la surface. Eviter de toucher le fond.

- Eaux des réseaux de distribution, les prélèvements sont effectués aux robinets, supprimer tout brise-jet, raccord de caoutchouc (etc. ... et prélever directement au robinet métallique –flamber énergiquement avant de faire le prélèvement (chalumeau ou tige métallique avec coton imbibé d'alcool).

et laisser couler l'eau pendant 5 minutes.

2.2 Pour une analyse bactériologique 0.5 à 1 litre d'eau suffit aussitôt les flacons bouchés, on protège le bouchon et le col du flacon à l'aide d'un papier, ou mieux de sparadrap .Les flacons sont étiquetés avec du sparadrap sur lequel on note.

- L'origine de l'eau

- L'adresse exacte au lieu de prélèvement

- La date et l'heure de prélèvement.

2.3 La durée de transport de l'échantillon depuis le point de prélèvement jusqu'au laboratoire chargé de l'analyse doit être la plus courte possible (moins de 8 h) .L'échantillon doit être placé dans une boîte isotherme munie d'éléments réfrigérant.

2.4 Tout échantillon doit être accompagné d'une fiche de renseignements (voire annexe).

#### 2.5 L'échantillonnage

Deux cas sont à envisager selon que l'on a affaire à la méthode de fermentation en tubes multiples ou la technique des membranes filtrantes.

##### 2.5.1 : Cas de la méthode de fermentation en tubes multiples

Plusieurs possibilités sont à prendre en considération selon que l'on a affaire à :

- Une eau de bonne qualité du point de vue bactériologique.

- Une eau de qualité douteuse.

- Une eau fortement polluée.

Dans le 1er cas, deux échantillonnages sont possibles ;

a) Une fois 50 ml

05 fois 10ml

b) 05 fois 10 ml

Dans le deuxième cas ,02 procédés également au choix.

a) 1 fois 50 ml

5 fois : 10 ml

5 fois 01 ml

b) 3 fois 50ml

5 fois 01 ml

3 fois 0.1 ml

Dans le troisième cas :

5 fois 10 ml

5 fois 1 ml

5 fois 0.1 ml

et s'il va lieu de pousser les dilutions de 10-1 jusqu'à 10-5



En résumé

L'échantillonnage Procédé au choix	Eau bonne qualité	Eau de qualité douteuse	Eau fortement polluée
A	1X 50 ml 5X 10 ml	1X 50 ml 5X 10 ml 5X 1 ml	5X 10 ml 5X 10 ml 5X 0.1 ml
B	5X 10 ml	3X 10 ml 3X 1 ml 3X 0.1 ml	

### 2.5.2 Cas de méthodes des membranes filtrantes

Cette technique convient dans le cas des eaux habituellement surveillées et peu polluées

- Eaux souterraines de caractère stable
- Eaux de surface traitée.

Car dans ce cas, il est possible de faire passer sur les membranes des quantités importantes d'eau Jhème 100 ml et de déceler ainsi des traces de pollution fécale .En général, on filtre.

- 100 ml
- 50 ml

On peut utiliser le schéma suivant :

Température à laquelle sont incubées les membranes (voir technique)	37°C	44°C
-Eau de distribution traitée -Eau de distribution non-traitée (puits - forage)	100 20 à 50ml	100 100 ml
-Eau de surface peu polluée -Eau de surface polluée	10 à 50ml 0.5 à 10 ml	100 1 à 10

Ce procédé est inapplicable dans le cas des eaux fortement turbides contenant des proportions notables de substances amorphes.Celle présentant un louche à 50 mm de profondeur à l'oeil nu seront examinés en utilisant la méthode des milieux liquides .

### 5. Surveillance des eaux

Les modes d'approvisionnement en eau potable varient beaucoup avec la densité et la répartition géographique de l'habitat -On peut considérer cependant.

- Les eaux distribuées par canalisations réseaux urbains réseaux privés, domaines agricoles, écoles, camp, bases, etc. ....
- Les eaux non distribuées par canalisation : sources et puits.
- Les eaux embouteillées.

La surveillance de la qualité bactériologique de l'eau de consommation sera effectuée en tenant compte des modes d'approvisionnement et de l'importance des populations concernées.

#### 3. 1 Eaux distribués par canalisation

Il est nécessaire, en premier lieu d'avoir une connaissance exacte du réseau de distribution nombre, localisation et interdépendance des réservoirs châteaux d'eau, canalisation, station de pompage et de refoulement existence on non de traitement physico-chimique et surtout d'une désinfection de l'eau distribuée.

Le contrôle doit s'effectuer sous deux formes:

- Contrôle journalier, et en tout points du réseau, de la présence de chlore actif libre dans l'eau dans le cas d'eaux stérilisées par les composés chlorés (stérilisation la plus largement répandue)
- Prise d'échantillons périodique pour analyses bactériologiques.

Elles permettent de vérifier l'efficacité de la stérilisation.

##### 3.1.1 Contrôle de la présence de chlore actif libre : (Fiche sur chloration des eaux de boissons)

##### 3.1.2 Prise d'échantillon pour analyses bactériologiques :

Elles doivent être effectuées à deux niveaux :

- a) A l'entrée du réseau de distribution
  - AU moins une fois par jour les grands réseaux.
  - A l'intervalle d'une semaine pour les réseaux plus petits (moins 10.000 personnes)
- b) Sur 1e réseau, le nombre et la fréquence des prélèvements dépend de l'importance des populations desservies.
  - Plus de 100.000 habitants : 1 échantillon par 10.000 hab et par mois.
  - Moins de 100.000 habitants : 1 échantillon par 5000 hab .et par mois.

Les échantillons ne seront pas forcément prélevés chaque fois au même point mais il importe que les points soient définis après une étude minutieuse de l'habitat).

En cas de situation particulière (travaux de canalisation, travaux d'aménagement du territoire, risque de passées épidémiques). Des analyses doivent être effectuées en plus de la périodicité prévue.

##### 3.1. 3 Opportunité des contrôles de laboratoires pour la surveillance des eaux

La présence de chlore actif libre dans une eau constitue la preuve d'une stérilisation suffisamment énergique .En conséquence l'analyse bactériologique ne doit normalement pas révéler la présence de germes fécaux dans cette eaux.

La présence de germes fécaux dans une eau TRAITÉE signifie une insuffisance de stérilisation, les contrôles de chlore actif libre pourraient le confirmer.

Il convient alors de signaler ces anomalies à l'organisme chargé du traitement des eaux afin qu'il veuille au rétablissement d'une stérilisation suffisamment efficace et continue.

### 3.2 Les eaux non distribuées par canalisation

Les puits et sources représentent des modes d'approvisionnement en eau de consommation difficilement contrôlable en raison de leur grand nombre et de leur extrême dispersion.

#### 3.2.1 Puits

Lorsque l'eau d'un puits sera reconnue non potable par l'analyse bactériologique, ce puits devra subir une désinfection L'efficacité de cette désinfection devra être vérifiée par des contrôles bactériologiques ultérieurs

Dans le cas ou la contamination réapparaît dans l'eau du puits, des mesures supplémentaires devront être prises.

Si la contamination réapparaît après un laps de temps assez long (15 jours, mois etc.) Une désinfection périodique devra être envisagée et des mesures d'assainissement devront être prises.

**Sources** (id 3.2. 1)

### 3.3 Les eaux embouteillées

Leur surveillance est du ressort des organismes producteurs et des laboratoires spécialisés. Cependant l'approvisionnement des collectivités devra être l'objet d'une surveillance particulière. Lorsque des stocks sont constitués une analyse bactériologique doit être effectuée, avant toute distribution sur un échantillonnage de bouteilles représentatif du stock dans le cas où ces eaux ne répondent pas aux normes de potabilité, le stock devra être retiré de la consommation.

## 4. Examens de laboratoire

### 4.1 Types d'analyses

Type : examen d'une eau inconnue destinée à une distribution nouvelle

- Recherche et dénombrement des germes totaux avec indication du milieu de culture employé et la température d'incubation.
- Recherche et dénombrement des coliformes fécaux avec identification du colibacille.
- Recherche et dénombrement des streptocoques fécaux avec indication de la technique utilisée.
- Recherche et dénombrement des clostridiiums sulfite-réducteurs.
- Recherche de germes pathogènes : salmonella et V. Cholérique.

Il est recommandé de compléter l'analyse bactériologique par la recherche des bactériophages fécaux en cas où les résultats de l'analyse s'avèrent non conformes : la quantité d'eau à analyser est dans ce cas 2 à 5 litres.

**Type 2 Analyse sommaire ou de surveillance** (une fois par trimestre) il sera pratiqué:

- Recherche et dénombrement des germes totaux.
- Recherche et dénombrement des conformes avec identification du colibacille.
- Recherche et dénombrement des streptocoques fécaux dans le cas d'une eau non traitée.
- Recherche et dénombrement des clostridiiums sulfite-réducteurs en cas d'une eau traitée.

Il serait souhaitable de pratiquer dans certains cas une recherche au échantillons d'eau de 500 ml à 1 litre.

**Type 3 Analyse de surveillance réduite ou courante**

- Recherche et dénombrement des coliformes totaux avec identification du colibacille

L'échantillon d'eau dans ce cas est de 350 ml

### 4.2 Méthodes d'analyses proposées

On envisagera le cas d'une analyse normale. Les examens à pratiquer dans ce cas sont les suivants

- 1) Dénombrement des germes dit totaux dans les eaux.
- 2) Recherche et dénombrement des coliformes avec identification des coliformes fécaux.
- 3) Recherche et dénombrement des streptocoques fécaux.

### 4) Recherche et dénombrement des clostridiiums sulfite-réducteurs,

#### 4.2.1 Dénombrement des germes dits Totaux dans l'eau

Cette numération renseigne sur le degré de protection des nappes souterraines d'où provient l'eau à analyser. Dans ce cas un dénombrement unique et sans valeur, les examens doivent être répétés à diverses périodes de l'année, si montrent une teneur habituelle en bactérie sensiblement constante, le fait est en faveur d'une bonne protection de la nappe.

Cette numération se fait en gélose tryptone extrait de levures egar (TGEA) le nombres des dilutions étudiées dépend de la richesse de la population microbienne décelé au cours d'une première analyse .

L'incubation à 37°C permet la culture des germes pathogènes tandis qu'à 22 °C on a les germes saprophytes.

Un dénombrement sont consignés en nombre de colonies apparues par boîte par millilitre d'eau et aux différentes températures.

#### 4.2.2 Recherche et dénombrement des conformes et de l'Eschérichia-coli

La colimétrie d'une eau tend à déceler et a dénombrer dans l'eau de boisson -les germes coliforme et E.Coli qui en dernier lieu fera l'objet d'une recherche lecture.

Nous décrivons deux types de technique •

- La colimétrie sur milieux liquides qui se fait selon la technique du nombre le plus probable.
- La colimétrie sur milieux liquides qui se fait selon la technique du nombre le plus probable.
- La colimétrie sur membranes filtrantes.

##### 4.2.2.1 Colimétrie par la méthode de fermentation en tubes multiples

Cette technique consiste en une épreuve de présomption qui fait en bouillon lactose au pourpre de bromocrésol (B.C.P.L) incubé à 37 °C et une épreuve de confirmation qui se fait en milieu indol-mannitol (milieu de schubert) muni d'une cloche de Durham incubé à 44°.

Les dilutions sont fonction de l'origine de l'eau à étudier.

##### 4.2.2.2 Colimétrie sur membrane filtrante

La colimétrie sur membrane filtrante permet d'obtenir d'emblée sur boîtes de pétri des colonies isolées des germes contenus dans l'eau.

Les membranes filtrantes en cellulose et en esters sels de cellulose retiennent la totalité des germes de l'eau -Perméables aux substances nutritives.

Elles permettent quand elles sont déposées sur ceux-ci, le développement des colonies à leur surface.

Le milieu électif pour identification après culture des Eschérichia coli est le plus souvent une gélose lactosée additionnée de Triphényl tétrazolium et de Tergite.

La technique nécessite l'emploi d'un appareil à filtrer d'une façon générale, on filtre deux quantités d'eau.

- 100 ml : le milieu avec sa membrane est incubé de 16 à 18 h à 42° 5+ 0.5 en atmosphère humide

.dans ces conditions seuls les Eschérichia Coli sont capables de cultiver. Certaines Klebsiella poussent. mais leurs colonies muqueuses sont caractéristiques.

- 100 ml : le milieu avec sa membrane est incubé 24 h à 37° C. Les colonies jaunes à halo doivent être identifiées sommairement.

-Recherche du caractère fermentant sur milieu TSI.

- Test à l'oxydase à partir du TSI

##### 4.2.3 Recherche et dénombrement des streptocoques fécaux

La méthode utilisée est une technique sélective qui a pour but d'isoler les streptocoques fécaux des autres germes susceptibles de se trouver dans l'eau en particulier les bacilles gram négatifs. Dans ces cas on choisit généralement une gélose à l'acide de sodium -On utilisera là aussi deux techniques

à) Une technique sur milieu liquide.

b) La technique des membranes filtrantes.

#### 4.2.3.1 Méthode en milieu liquide

Le test présomptif est effectué sur un bouillon à l'acide de sodium à 0,02% PH : 7,4 .incubation à 37° C pendant 24 h à 48 h.  
Teste confirmatif sur bouillon à l'acide de sodium et à l'éryl violet (EVA) 0,83% Incubation à 45°C pendant 24h à 48h.

#### 4. 2. 3. 2 Technique sur membrane

On filtrera les mêmes quantités d'eau que pour la colimétrie. Le milieu utilisé dans ce cas est un milieu gélose électif qui combine l'action du triphényl tétrazolium et celle de l'azide de sodium.

Après filtration, les membranes sont incubées pendant 24 h à 37°C.

- Toutes les colonies rouges ou violettes seraient celles des streptocoques fécaux.
- Epreuve d'identification des colonies suspectes par technique classique de bactériologie.

#### 4. 2. 4 recherche et dénombrement des clostridium sulfito-réducteurs

Ensemencer les volumes d'eau préalablement chauffés à 80°C pendant 10 minutes, en tubes de viande fois additionnée de sulfite de sodium (2,5%) et d'alun de fer 2%.

01. Perfringens donne des colonies entourées d'une large auréole noire

#### 05. Spécifications bactériologiques pour l'eau de boisson

Toute eau distribuée doit être régulièrement contrôlée depuis le captage jusqu'au robinet de l'usage et les prélèvements doivent être répétés en fonction.

- Des périodes : après de fortes chutes de pluie notamment.
- De la densité de la population.

#### 5. 1 Eau distribuée sous canalisation

a) Eau à l'entrée du réseau

**Eau traitée** : Dans 95% des échantillons examinés au cours d'une année les bactéries coliformes doivent être absentes. Donc, dans aucun cas, on ne doit trouver de coliformes dans 100 ml ou de colibacille

On pourrait au maximum tolérer 1 coliforme pour 100 ml et par mois .Ceci ne devrait pas se produire dans deux échantillons consécutifs;

.Dans ce cas, faire plusieurs analyses en différents points du réseau

.au captage de la source et aux stations de pompage, afin de déceler l'origine et la contamination

## Qualité requise des eaux de Baignade

### Décret exécutif n° 93-164 du 10 juillet 1993 définissant la qualité requise des eaux de baignade.

Le Chef du Gouvernement,  
 Sur le rapport du Ministre de l'Education Nationale  
 Vu la Constitution, notamment des articles 81 et 116 ;  
 Vu l'ordonnance n° 76-80 du 23 octobre 1976 portant code maritime ;  
 Vu la loi n° 83-03 du 05 février 1983 relative à la protection de l'environnement ;  
 Vu la loi n° 83-17 du 16 juillet 1983 relative au code des eaux ;  
 Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 modifiée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
 Vu la loi n° 89-23 du 19 décembre 1989 relative à la normalisation ;  
 Vu le décret n° 83-457 du 23 juillet 1983 portant création de l'agence nationale pour la protection de l'environnement ;  
 Vu le décret n° 85-13 du 26 janvier 1985 fixant les conditions d'utilisation des plages ;  
 Vu le décret présidentiel n° 92-304 du 08 juillet 1992 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
 Vu le décret présidentiel n° 92-307 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
 Vu le décret exécutif n° 92-489 du 28 décembre 1992 fixant les attributions du ministre de l'éducation nationale.

#### Décrète :

**Article 1 :** Le présent décret a pour objet de définir la qualité des eaux de baignade à l'exception des eaux destinées aux usages thérapeutiques et des eaux de piscines.

**Article 2 :** Au sens du présent décret on entend par :

« Eaux de baignade » les eaux ou parties de celles-ci douces, courantes ou stagnantes ainsi que l'eau de mer, dans lesquelles la baignade est autorisée on n'est pas interdite et habituellement pratiquée par un nombre important de baigneurs.

« Zone de baignade » l'endroit où se trouve des eaux de baignade.

**Article 3 :** La qualité des eaux de baignade doit satisfaire aux paramètres micro - biologiques et physico-chimiques indiqués à l'annexe du présent décret. Méthodes d'échantillonnage, de conservation de manipulation et d'analyses des échantillons sont effectuées selon les normes algériennes en vigueur.

**Article 4 :** La fréquence minimale des prélèvements, le nombre minimal d'échantillons et d'analyses sont déterminées par arrêté conjoint du Ministre chargé de l'environnement et des Ministre concernés.

**Article 5 :** Lorsque la qualité des eaux de baignade ne satisfait pas aux paramètres prévues à l'annexe du présent décret, le Wali territorialement compétent interdit la baignade pour cause de pollution.

**Article 6 :** L'agence nationale pour la protection de l'environnement (A.N.P.E) est chargée d'effectuer les opérations de surveillance de la qualité des eaux de baignade et ce, en liaison avec les organismes et institutions concernés. Elle peut, à cet effet, faire appel à des laboratoires agréés conformément à la réglementation en vigueur agissant sous sa direction et son contrôle.

**Article 7 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le 10 juillet 1993

**BELAÏD Abdesselam**

#### Annexe Qualité requise des eaux de baignade.

Paramètres	Unités	Valeurs guides	Valeurs limites
Microbiologiques			
Coliformes totaux	/100 ML	500	10 000
Coliformes fécaux	/100 ML	100	2 000
Streptocoques	/100 ML	100	
Salmonelles	1 L		0
Entero cholériques	PFY/10 L		0
Vibrions cholériques	/450 ML		0
Physico-chimiques			
Coloration	MG /L		
Huiles minérales	MG /L		Pas de changement anormal de la couleur
Substances tensioactives réagissant au bleu de Méthylène	MG /L		Pas de film visible à la surface de l'eau et absence d'odeur.
Phénols (indice phénols)	MG /L	> 0,3	
Transparence	C6 45 04		
Résidus goudronne et matières flottantes (bois, plastique, bouteille et toute autre matière débris ou éclats).	M	> 0,005	Pas de mousse pétillante
PH		2	
Oxygène dissous			1
Autres substances	0% saturation en oxygène		Absence
			- 8
			- 120
			Ne doit pas contenir de substances susceptibles de nuire à la santé des baigneurs.

Les concentrations inférieures ou égales aux valeurs guides indiquent une eau de bonne qualité. Les eaux dont les concentrations sont comprises entre les valeurs guides et les valeurs limites sont de qualités acceptables et doivent faire l'objet d'une surveillance continue.

**ARRETE INTERMINISTERIEL N° 008 DU 17 JANVIER 1994**

**FIXANT LA FREQUENCE MINIMALE DES PRELEVEMENTS.**

**LE NOMBRE MINIMAL D'ECHANTILLONS ET D'ANALYSES POUR UNE SURVEILLANCE DE LA QUALITE  
DES EAUX DE BAINADE.**

Le ministre de l'Intérieur et des Collectivités Locales  
Le Ministre de la Santé Publique  
Le Ministre Délégué aux Universités et à la Recherche Scientifique

Vu la loi n° 83-03 du 05 février 1983 relative à la Protection de l'Environnement ;  
Vu la loi n° 83-17 du 16 juillet 1983 relative au code des eaux ;  
Vu la loi n° 83-05 du 16 février 1985, modifiée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 89-23 du 19 décembre 1989 relative à la normalisation ;  
Vu le décret n° 85-13 du 26 janvier 1985 fixant les conditions d'utilisation des plages ;  
Vu le décret exécutif n° 93-164 du 10 juillet 1993 définissant la qualité requise des eaux de baignade ;

**ARRETERENT :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application de l'article 4 du décret exécutif n° 93-164 du 10 juillet 1993 sus visé, le présent arrêté a pour objet de fixer la fréquence minimale des prélèvements, le nombre minimal d'échantillons et d'analyses requis pour la surveillance de la qualité des eaux de baignade.

**Article 2** : La fréquence minimale des prélèvements, le nombre minimal d'échantillons et d'analyses sont indiqués à l'annexe I du présent arrêté.

Pendant la saison estivale, les fréquences des prélèvements et d'analyses sont multipliées par un facteur de quatre (4).

**Article 3** : Les échantillons devront être prélevés dans les zones où la densité moyenne journalière des baigneurs est la plus élevée. Ils devront, en outre être prélevés à 30 centimètres sous la surface de l'eau, à l'exception des échantillons d'huiles minérales qui devront être prélevés à la surface.

Les modalités pratiques d'échantillonnages et d'analyses seront précisées par une circulaire interministérielle élaborée à cet effet.

**Article 4** : Conformément aux dispositions de l'article 6 du décret susvisé, les prélèvements et les analyses microbiologiques au titre des opérations de surveillance des eaux de baignade sont effectués par l'Agence Nationale pour la Protection de l'Environnement (ANPE).

L'ANPE peut, lorsque ses moyens propres ne lui permettent pas, recourir aux compétences des services des secteurs sanitaires et des bureaux d'hygiène communaux et de tout laboratoire agréé conformément à la réglementation en vigueur pour effectuer les opérations visées à l'alinéa 1 ci-dessus.

Dans ce cas les résultats d'analyses, aussitôt obtenus sont immédiatement communiqués à l'ANPE.

**Article 5** : En cas de détérioration de la qualité des eaux de baignade, une surveillance journalière de ces dernières devra être instaurée.

Le nombre minimal d'échantillons et le nombre minimal d'analyses pour prélèvement à effectuer au titre de la surveillance journalière, sont déterminés à l'annexe II du présent arrêté.

La surveillance journalière prend fin lorsque la qualité des eaux de baignade devient à nouveau conforme à la réglementation.

**Article 6** : Lorsque la qualité des eaux de baignade ne satisfait pas aux paramètres prévus à l'annexe du décret n° 93-164 sus cité, le wali territorialement compétent en est immédiatement informé par l'ANPE.

Dans ce cas, et conformément aux dispositions de l'article 5 du décret sus-cité, le wali prend les mesures conservatoires requises, notamment l'interdiction immédiate de toute baignade dans les eaux en cause, sans préjudice des autres dispositions susceptibles d'être prises une fois connues les causes et origines de la détérioration de la qualité de ces eaux.

Les services compétents des Ministres de l'Intérieur et des Collectivités Locales, de la Santé Publique et de l'environnement sont informés des dispositions prises.

**Article 7** : Lorsque les analyses effectués par les services autres que ceux de l'ANPE révèlent une mauvaise qualité des eaux de baignade ou une détérioration de la qualité de celles-ci de nature à mettre en danger la santé des baigneurs, ces services en informent et immédiatement et simultanément le wali territorialement compétent et l'ANPE.

**Article 8** : L'ANPE est tenue d'adresser aux services du Ministre chargé de l'environnement, un état mensuel de la qualité physico-chimique et bactériologique des eaux de baignade.

**Article 9** : A la fin de la saison estivale, l'ANPE dresse le bilan global de la saison qu'elle transmet aux services des Ministres chargés de l'Environnement, de l'Intérieur et des Collectivités Locales et de la Santé, accompagné d'un rapport faisant ressortir les faits saillants observés ainsi que les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre de cette opération.

**Article 10** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Signé :

Le MINISTRE DE L'INTERIEUR ET DES COLLECTIVITES LOCALES  
Le MINISTRE DELEGUE AUX UNIVERSITES ET A LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
Le MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

## ANNEXE I

### FREQUENCE MENSUELLE

Paramètres	Fréquence minimale de prélèvement	Nombre minimal Echant/Prélèv	Nombre minimal Analy/Echant
<b>MICROBIOLOGIQUES</b>			
1- Coliformes totaux	2/mois	3	3
2- Coliformes fécaux	2/mois	3	3
3- Streptocoques	2/mois	3	3
4- Salmonelles	2/mois	3	3
5- Entérovirus	2/mois	3	3
6- Vibriion cholérique	2/mois	3	3
<b>PHYSICO-CHIMIQUES</b>			
7- Coloration	2/mois	3	3
8- Huiles minérales	2/mois	3	3
9- Substances tensioactives réagissant au bleu de méthylène	2/mois	3	3
10- Phénols (indice phénol)			
11- Transparence	2/mois	3	3
12- Résidus goudronneux et matières flottantes (bois, plastiques, bouteilles et toute matière débris ou éclats)	2/mois	3	3
13- pH	2/mois	3	3
14- Oxygène dissous	2/mois	3	3
15- Autres substances	2/mois	3	3

## ANNEXE II

### FREQUENCE JOURNALIERE

Paramètres	Fréquence minimale de prélèvement	Nombre minimal Echant/Prélèv	Nombre minimal Analy/Echant
<b>MICROBIOLOGIQUES</b>			
1- Coliformes totaux	1/jours	3	3
2- Coliformes fécaux	1/jours	3	3
3- Streptocoques	1/jours	3	3
4- Salmonelles	1/jours	3	3
5- Entérovirus	1/jours	3	3
6- Vibriion cholérique	1/jours	3	3
<b>PHYSICO-CHIMIQUES</b>			
7- Coloration	1/jours	3	3
8- Huiles minérales	1/jours	3	3
9- Substances tensioactives réagissant au bleu de méthylène	1/jours	3	3
10- Phénols (indice phénol)	1/jours	3	3
11- Transparence	1/jours	3	3
12- Résidus goudronneux et matières flottantes (bois, plastiques, bouteilles et toute matière débris ou éclats)	1/jours	3	3
13- pH	1/jours	3	3
14- Oxygène dissous	1/jours	3	3
15- Autres substances	1/jours	3	3

# Décret exécutif n° 04-111 du 23 Safar 1425 correspondant au 13 avril 2004 fixant les conditions d'ouverture et d'interdiction des plages à la baignade.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint du ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et des collectivités locales et du ministre du tourisme,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n° 84-02 du 8 septembre 1984 portant définition, composition, formation et gestion du domaine militaire;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu la loi n° 02-02 du 22 Dhou El Kaada 1422 correspondant au 5 février 2002 relative à la protection et à la valorisation du littoral ;

Vu la loi n° 03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003 fixant les règles générales d'utilisation et d'exploitation touristiques des plages, notamment son article 17 ;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

## Décrète :

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 17 de la loi n° 03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée, le présent décret a pour objet de fixer les conditions d'ouverture et d'interdiction des plages à la baignade.

**Article 2** : Les plages ouvertes à la baignade doivent répondre à certaines conditions de faisabilité et de situation et doivent comporter certains équipements et aménagements dont les caractéristiques sont définies par le présent décret.

### CHAPITRE I

#### DES CONDITIONS DE FAISABILITE ET DE SITUATION DES PLAGES

**Article 3** : Les plages ouvertes à la baignade doivent être de faisabilité facile en vue de leur utilisation par les estivants tant à l'état naturel qu'après leur aménagement.

**Article 4** : Lorsqu'une plage est de nature à présenter un danger certain pour son utilisation due à sa configuration physique, elle est interdite à la baignade jusqu'à ce que des aménagements de correction lui soient apportés.

**Article 5** : Tout rejet d'eau usée, tant ménagère qu'industrielle, doit être éloigné des plages ouvertes à la baignade.

Lorsque la commission prévue par l'article 19 de la loi n° 03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée, aura pris connaissance, avant ou après l'ouverture de la plage, d'une pollution grave susceptible de porter atteinte à la santé des estivants, la plage sera interdite à la baignade.

**Article 6** : Les plages comprises dans des domaines attenants à des domaines militaires réservés aux besoins de la défense nationale sont interdites à la baignade.

Un arrêté conjoint du ministre de la défense nationale et du ministre du tourisme déterminent les modalités d'application du présent article.

### CHAPITRE II

#### DES EQUIPEMENTS ET DES AMENAGEMENTS DES PLAGES OUVERTES A LA Baignade

**Article 7** : Les plages ouvertes à la baignade doivent être aménagées, signalées et entretenues à l'effet de recevoir le public. Elles doivent comporter des installations adéquates notamment :

— une voie d'accès ne présentant aucun danger dont l'entrée et la sortie sont signalées par des panneaux réglementaires,

— un parking bien aménagé à l'effet de réserver des aires de stationnement avec des accès aux piétons.

Le parking doit être délimité et signalé par des panneaux réglementaires entretenus et gardés s'il y a lieu.

Il doit être aménagé loin des lieux de baignade et de détente ;

— les installations sanitaires comportant notamment des WC, avec eau courante ainsi que des robinets avec de l'eau potable,

— des cabines de déshabillage en nombre suffisant situées sur les lieux de baignade,

— des points de ramassage de détritiques en nombre suffisant.

**Article 8** : Les plages ouvertes à la baignade doivent comporter une délimitation et un balisage des zones de baignade.

Elles doivent comporter, en outre, une installation visible des mâts de signalisation à trois couleurs (vert, orange et rouge), en nombre suffisant.

**Article 9** : Il peut être créé, à l'intérieur du périmètre des plages ouvertes à la baignade, des solariums dotés d'équipements nécessaires et des aires de jeux.

**Article 10** : Des mesures de sécurité des personnes et des biens doivent être mises en œuvre pendant la saison estivale notamment :

— l'implantation d'un poste de la gendarmerie nationale,

— la présence de surveillants qualifiés en nombre suffisant,

— la mise en place de postes de premiers soins et de secours d'urgence de la protection civile dotés de moyens suffisants et opérationnels,

— la surveillance renforcée, par les services concernés de sécurité, des accès menant aux zones de baignade.

**Article 11** : Des mesures de prévention des risques susceptibles de porter atteinte à la santé des estivants doivent être assurées au niveau des plages ouvertes à la baignade notamment par :

— le maintien permanent des plages et des lieux publics en parfait état de propreté,

— la désinfection et la désinsectisation régulières des lieux, la multiplication des points de ramassage de détritiques et du renforcement des opérations de nettoyage.

**Article 12** : Des parties de la plage peuvent être réservées pour des commerces de restauration rapide autorisés par arrêté du président de l'assemblée populaire communale territorialement compétent.

**Article 13** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le, 23 Safar 1425 correspondant au 13 avril 2004.

Ahmed OUYAHIA.



**Décret exécutif n° 04-112 du 23 Safar 1425 correspondant au 13 avril 2004 fixant les missions, l'organisation et les modalités de fonctionnement de la commission de wilaya chargée de proposer l'ouverture et l'interdiction des plages à la baignade.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport conjoint du ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et des collectivités locales et du ministre du tourisme,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;  
Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;  
Vu la loi n° 03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003 fixant les règles générales d'utilisation et d'exploitation touristiques des plages, notamment son article 19 ;  
Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions de l'article 19 de la loi n°03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée, le présent décret a pour objet de fixer les missions, l'organisation et les modalités de fonctionnement de la commission de wilaya chargée de proposer l'ouverture et l'interdiction des plages à la baignade ci-après désignée "la commission de wilaya".

**Article 2 :** La commission de wilaya est chargée d'identifier les plages susceptibles d'être ouvertes ou interdites à la baignade et de les proposer au wali territorialement compétent.

A ce titre, elle a pour missions :

- d'identifier les plages susceptibles d'ouverture à la baignade conformément aux exigences fixées par l'article 17 de la loi n° 03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée ;
- de proposer au wali territorialement compétent l'interdiction des plages non conformes aux exigences fixées par les articles 9 et 17 de la loi n°03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée ;
- de proposer la délimitation des parties ou des superficies de plage faisant l'objet de concessions conformément aux dispositions de l'article 22 de la loi n° 03-02 du 16 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 17 février 2003, susvisée ;
- d'entreprendre ou de faire entreprendre toutes études et analyses liées à ses missions ;
- d'effectuer tous contrôles et investigations en vue de l'utilisation *et/ou* de l'exploitation commerciale des plages conformes à sa vocation

- d'évaluer l'état des plages au terme de la saison estivale
- de formuler toutes observations ou recommandations en vue de l'ouverture ou de l'interdiction des plages

**Article 3 :** La commission de wilaya est présidée par le secrétaire général de wilaya.

Elle comprend :

- Le directeur de wilaya chargé du tourisme ;
- L'inspecteur de wilaya chargé de l'environnement ;
- Le directeur de wilaya chargé de l'urbanisme
- Le directeur de wilaya chargé de la santé
- Le directeur de wilaya chargé des travaux publics
- Le directeur de wilaya chargé de la jeunesse et des sports
- Le chef de sûreté de wilaya
- Le commandant de groupement de la gendarmerie nationale
- Le directeur de la protection civile de wilaya

La commission de wilaya peut faire appel à tout autre directeur de wilaya concerné ou intéressé par l'ordre du jour de ses réunions. Le secrétariat technique de la commission de wilaya est assuré par les services de la direction de wilaya chargée du tourisme.

**Article 4 :** La commission de wilaya se réunit au siège de la wilaya

La périodicité de ses réunions est fixée par son règlement intérieur qui sera approuvé par le wali territorialement compétent.

**Article 5 :** La commission de wilaya se réunit sur convocation de son président.

L'ordre du jour est fixé par le président de la commission sur proposition du directeur de wilaya chargé du tourisme.

**Article 6 :** Les convocations accompagnées de l'ordre du jour, sont adressées par le président de wilaya aux membres, quinze (15) jours au moins avant la date de réunion.

**Article 7 :** Les délibérations de la commission interviennent à la majorité des voix des membres présents.

En cas de partage égal des voix celle du président est prépondérante.

**Article 8 :** Les délibérations de la commission de wilaya donnent lieu à l'établissement de procès-verbaux, numérotés et répertoriés sur un registre *ad hoc*, signés par le président et le secrétaire de séance.

**Article 9 :** Les propositions de la commission de wilaya accompagnées d'un rapport sur le déroulement de ses travaux sont adressées au wali par le président de la commission de wilaya dans la semaine qui suit la clôture de ses travaux.

**Article 10 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 Safar 1425 correspondant au 13 avril 2004.

**Ahmed OUYAHIA**



# Décret n° 87-146 du 30 juin 1987 portant création de bureaux d'hygiène communale

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 111-10° et 152,  
Vu l'ordonnance n° 67-24 du 18 janvier 1967, modifiée et complétée, portant code communal, et les textes subséquents pris pour son application;  
Vu l'ordonnance n° 69-38 du 23 mai 1969, modifiée et complétée, portant code de la wilaya et les textes subséquents pris pour son application,  
Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur et les textes subséquents pris pour son application;  
Vu la loi n° 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement;  
Vu la loi n° 83-17 du 16 juillet 1983 portant code des eaux;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé;  
Vu le décret n° 81-267 du 10 octobre 1981 relatif aux attributions du président de l'assemblée populaire communale (APC) en matière de voirie, de salubrité et de tranquillité publique;  
Vu le décret n° 84-378 du 15 décembre 1984 fixant les conditions de nettoyage, d'enlèvement et de traitement des déchets solides urbains;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1995 portant statut type des travailleurs du secteur des institutions et administrations publiques;

## Décrète :

**Article 1<sup>er</sup>** : Dans le cadre des dispositions de l'article 94 bis de l'ordonnance, n° 67-24 du 18 janvier 1967 susvisée, et pour assister le président de l'assemblée populaire communale (A.P.C) dans la mise en œuvre de ses missions de prévention sanitaire, d'hygiène et de salubrité publique, telles que fixées par le décret n° 81-267 du 10 octobre 1981, il est mis à sa disposition, par chaque secteur concerné, un personnel technique regroupé au sein d'un bureau dénommé: " Bureau d'hygiène communal"

**Article 2** : Sous l'autorité du président de l'assemblée populaire communale (A.P.C) le bureau de l'hygiène communal prépare les instruments, actes et dossiers techniques requis par l'action des organes de la commune et le contrôle permanent de l'hygiène et de salubrité publique au niveau de la commune;

Il est chargé, en liaison avec les services concernés, notamment :

- d'étudier et proposer toutes mesures visant à garantir le maintien permanent de l'hygiène et de la salubrité dans les établissements de toute nature et les lieux publics;
- de proposer et, le cas échéant, de mettre en œuvre toute mesure ou programme de protection et de promotion de la santé de la collectivité, notamment en matière de lutte contre les maladies transmissibles et contre les vecteurs de maladies;
- d'organiser la lutte contre les animaux nuisibles et faire procéder à la mise en œuvre des opérations de désinfection, dératissage et désinsectisation;
- de veiller à la réalisation et, le cas échéant, de mettre en œuvre le contrôle;

1°) de la qualité bactériologique de l'eau destinée à la consommation domestique et en assurer le traitement lorsqu'il ne relève pas en propre, d'organismes publics ou de particulières,

2°) du respect des conditions de collecte, d'évaluation et de traitement des eaux usées et des déchets solides urbains;

3°) de la qualité des denrées alimentaires et produits de consommation, produits, stocks et/ou distribués au niveau de la commune,

4°) de la qualité des eaux de baignade;

**Article 3** : Il peut être institué un bureau d'hygiène communale par commune comptant une population égale ou supérieure à 20.000 habitants et un bureau commun à deux ou plusieurs communes dans les autres cas.

**Article 4** : Les bureaux d'hygiène communale sont créés par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et des collectivités locales, du ministre des finances du ministre de la santé et du et du ministre de l'hydraulique, de l'environnement et des forêts, sur proposition des walis;

**Article 5** : Le bureau d'hygiène communale qui assiste deux ou plusieurs présidents d'assemblées populaires communales (A.P.C) met en œuvre un programme d'action préalablement arrêté conjointement par les présidents des assemblées populaires communales (A.P.C) concernés et le responsable du bureau d'hygiène communal.

Dans ce même cas, le bureau d'hygiène communal est implanté sur le territoire de la commune la plus peuplée.

Toutefois, le siège du bureau d'hygiène communal peut, après accord des présidents des assemblées populaires communales (A.P.C) concernés, être fixé sur le territoire de la commune offrant les meilleures conditions d'accueil du personnel.

**Article 6** : Le bureau d'hygiène communal est dirigé par un médecin placé sous l'autorité du ou des présidents d'assemblées populaires communales (A.P.C) concernés. Il comprend, en outre :

- de 1 à 4 techniciens supérieurs ou techniciens de santé publique;
- de 1 à 2 techniciens supérieurs ou techniciens de l'environnement;
- de 1 à 2 techniciens supérieurs ou techniciens de l'agriculture;
- un (1) vétérinaire, technicien supérieur ou technicien de santé animale;
- un (1) inspecteur ou inspecteur adjoint de contrôle de la qualité;

**Article 7** : Le ministre ayant pouvoir de nomination ou de gestion à l'égard du corps de fonctionnaires visés à l'article 6 ci-dessus arrêté, dans les limites fixées par le présent décret, toute mesure utile à l'affectation effective des personnels concernés.

Il prend, en outre, toute mesure utile à la gestion et au suivi de la carrière des personnels concernés ainsi qu'à leur rémunération par ses services centraux ou déconcentrés.

**Article 8** : Le ou les présidents d'assemblées populaires communales (A.P.C) concernés mettent à la disposition bureau d'hygiène communal le personnel nécessaire à l'accomplissement des tâches administratives ainsi que les moyens matériels et les locaux nécessaires à son installation et son fonctionnement.

Ils mettent, en outre, à la disposition du bureau d'hygiène communale le personnel requis pour la mise en œuvre, le cas échéant, des opérations de désinfection, de désinsectisation, de dératissage, et de lutte contre les animaux nuisibles.

**Article 9** : Le ou les présidents des assemblées populaires communales (A.P.C) disposent, à l'égard du personnel du bureau d'hygiène communal, d'un pouvoir disciplinaire et de notation.

Toutefois, les sanctions du troisième degré relève de l'autorité ayant pouvoir de gestion à l'égard du corps auquel appartient l'intéressé.

**Article 10** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire  
Fait à Alger, le 30 juin 1987

Chadli BENDJEDID

**ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES B.H.C**

La mise en place des bureaux d'hygiène communale «BHC» obéit à une nécessité maintes fois exprimée par les pouvoirs publics mais qui s'est heurtée sur le terrain à d'innombrables entraves depuis 1986 la prise en charge de l'hygiène du milieu par les instances locales a été clairement définie c'est ainsi qu'à la faveur du démarrage du programme national de lutte contre les maladies à transmission hydrique en 1987 qu'a été élaboré le décret n°87-146 du 30 Juin 1987 portant création des bureaux d'hygiène communale.

Malheureusement la parution tardive de l'arrêté interministériel mettant en application le décret sus-cité a eu des répercussions négatives les quelques BHC mis en place n'étaient l'oeuvre que de certaines wilayas qui voulaient impulser l'hygiène du milieu en général et le programme de lutte contre les maladies à transmission hydrique en particulier même la signature de l'arrêté interministériel d'application n'a pas permis de mettre en place convenablement et effectivement ces bureaux.

Parmi les raisons ayant induit cette situation nous pouvons citer les suivantes;

Interprétation fautive de certains élus locaux sur le rôle exact des BHC créant des relations conflictuelles entre les services techniques et le président d'APC.

Les moyens humains mis à la disposition du BHC ne répondent pas aux normes requises par le décret précité.

Le matériel et particulièrement les moyens de locomotion sont inexistantes.

Toutes ces raisons ainsi que d'autres ont fait que jusqu'à maintenant les BHC mis en place n'ont pas pu jouer le rôle qui leur est dévolu.

Afin de donner une impulsion nouvelle dans la mise en place et le fonctionnement correct de ces bureaux il vous est demandé de mettre à leur disposition l'ensemble des moyens humains et matériels tels que précisé par la présente instruction. De même il vous est rappelé les tâches et les prérogatives de cet instrument technique mis à la disposition de la commune ceci supprimera toute équivoque et toute supputation vis à vis du rôle et du fonctionnement des BHC pour qu'ils soient l'outil essentiel de l'application effective des missions dévolues à la commune en matière d'hygiène et de salubrité publique conformément à la loi n 90.08 du 07 Avril 1990.

**TACHES ET PREROGATIVES DU BUREAU D'HYGIENE COMMUNALE**

Malgré son appellation de BHC cette institution doit être conçue plutôt comme service technique qu'une structure purement administrative le bureau d'hygiène communale est chargé en collaboration avec les services techniques de la wilaya notamment :

Du traitement de l'eau destinée à la boisson et distribuée par les services communaux.

Du contrôle de la qualité de toute eau de boisson sur le territoire de la commune

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène des denrées alimentaires depuis la production jusqu'à la consommation.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les établissements à caractère alimentaire // restaurants cantines marchés boucheries poissonneries boulangeries pâtisseries crémeries ...//

De l'établissement des fichiers de tous les points d'eau et des établissements à caractère alimentaire de la commune.

De la surveillance et du contrôle de l'évacuation hygiénique et de l'épuration des eaux usées.

De la surveillance de la collecte et du traitement des déchets et ordures dans tout le territoire de la commune.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les établissements socio-éducatifs, écoles lycées, crèches, cités universitaires centres de formation professionnelle....

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans lieux et établissements de loisirs, complexes, touristiques, station balnéaires, colonies de vacances, camping plages, complexes sportifs, foyers de jeunes, centres culturels....

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les établissements publics : Hôtel, hammams, cinémas, cafés, bars, salon de coiffure, salon d'esthétique et de pédicure, gares routières et ferroviaires, agences postales, grandes surfaces....

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les placettes et trottoirs.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les lieux d'habitation et de leur environnement immédiat en ce qui concerne l'entretien des lieux et des équipements collectifs.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène des pollutions et des nuisances quelqu'en soient l'origine.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les établissements classés implantés au niveau de la commune.

De la lutte contre les chiens et chats errants les arthropodes les rongeurs les mollusques et les autres vecteurs de maladies.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les hôpitaux et des services de santé situés sur le territoire de la commune.

D'appliquer les mesures nécessaires pour lutter contre les maladies transmissibles.

De la surveillance et du contrôle de l'hygiène dans les abattoirs.

De veiller au respect des normes sanitaires dans tout projet d'ouvrage hydraulique approvisionnement en eau potable et stations d'épuration, ouvrages de traitement d'eau de consommation, eaux usées et de déchets solides.

De concevoir calculer construire et entretenir par des solutions et technologies adaptées aux conditions pratiques de la commune des ouvrages de captage et de distribution d'eau, des ouvrages d'assainissement, des ouvrages de traitement d'eau de consommation, d'eaux usées et de déchets solides.

Le bureau d'hygiène communale doit être consulté au préalable avant toute implantation sur le territoire de la commune d'établissements organismes ou entreprises dont l'activité risque d'engendrer toute forme de pollutions ou de conséquences néfastes sur l'environnement et l'hygiène du milieu.

Le bureau d'hygiène communale soumet à toute autorité compétente toutes les propositions ou mesures visant à sauvegarder ou à améliorer l'environnement et l'hygiène du milieu de la commune.

Le bureau d'hygiène communale doit définir en fonction des tâches et prérogatives qui lui sont dévolues un programme de travail annuel qu'il soumettra à l'autorité communale locale.

L'évaluation du programme d'action doit se faire en étroite collaboration avec le service d'épidémiologie et de médecine préventive qui est habilité dans ce cas à suivre orienter et évaluer les activités des BHC dans le cadre des programmes nationaux de prévention.

Les tâches des personnels du bureau d'hygiène communale sont définies selon les profils de formation et les prérogatives du bureau.

**MOYENS HUMAINS:**

**PERSONNEL TECHNIQUE :**

Un (01) médecin

Un (01) a quatre (04) techniciens supérieurs ou techniciens de santé publique en biométrie épidémiologie ou en assainissement entomologie.

Un (01) a deux (02) techniciens supérieurs ou techniciens de l'environnement.

Un (01) a deux (02) techniciens supérieur ou techniciens de l'agriculture.

Un (01) vétérinaire technicien supérieur ou technicien de santé animale.

Un (01) inspecteur ou inspecteur adjoint de contrôle de la qualité.

**PERSONNEL ADMINISTRATIF:**

Un (01) administrateur ou a défaut un attaché d'administration ou secrétaire d'administration.

Un (01) a trois (03) agents dactylographes.

**PERSONNEL DE SERVICE :**

Un (01) ou plusieurs agents de désinfection, désinsectisation et dératisation.

Un (01) ou plusieurs agents service

UN (01) a trois (03) chauffeurs.

**LES LOCAUX**

Un (01) ou plusieurs bureaux pour l'administration

Plusieurs bureaux pour les techniciens.

Une (01) salle d'archives et de réunion.

Un (01) bureau dans l'enceinte de l'abattoir de la poissonnerie et du marché communal pour le vétérinaire ou le préposé au contrôle phytosanitaire.

Un entrepôt pour les produits.

Un entrepôt pour le matériel.

Un garage.

En ce qui concerne le laboratoire le bureau d'hygiène communale fera appel au laboratoire du service d'épidémiologie et de médecine préventive au laboratoire de prévention du secteur sanitaire au laboratoire d'autres structures « commerce notamment ».

Le bureau d'hygiène communale peut se doter de son propre laboratoire si la ou les communes territorialement compétentes disposent de moyens financiers matériels et humains.

**MATERIEL ET MOYENS TECHNIQUES NECESSAIRES A UN BUREAU D'HYGIENE COMMUNALE.**

Matériel et produits de stérilisation de l'eau de boisson et d'épuration des eaux usées.

Javelisateurs.

Eau de javel.

Chlorure de chaux.

Chlorure etc. ....

Matériel de dosage du chlore dans l'eau de boisson :

Comparateurs + réactifs // comprimés DPD 1 //.

Matériel de prélèvement et de conservation des produits destinés à une analyse au laboratoire :

Flacons et pots.

Boîte isothermes et ice box.

Flambeurs etc. ...

Matériel de désinfection de désinsectisation et de dératisation :

Fumigateurs

Pulvérisateurs

Pompes à aspersion

Appareils de nébulisation portables et tractables.

Produits de désinfection : formol ammoniac etc. ....

Produits de désinsectisation : insecticides, Produits de dératisation, raticides ...etc.

Autres.

Tout matériel et équipement nécessaire en cas de besoin pour toute autre activité d'hygiène.

Véhicule avec sigle du bureau d'hygiène communale.

Véhicule de liaison.

Véhicule tout terrain.

Véhicule de traction « remorque »

Camion vidange « pour fosses septiques »

**ARRETE INTERMINISTERIEL**

**RELATIF AUX MESURES SANITAIRES APPLICABLES A LA RAGE ANIMALE.**

- Le Ministre de l'intérieur, des Collectivités Locales, de l'environnement et de la réforme administrative,
- Le Ministre des Finances
- Le Ministre de la Santé et de la Population,
- Le Ministre de l'Agriculture,

Vu l'ordonnance n° 66-155 du 08/06/1966 modifiée et complétée portant code pénal ;  
Vu la loi n° 82-10 du 21/08/1982 relative à la chasse ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;  
Vu la loi n° 88-08 du 26/01/1988 relative à la médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale et notamment ses chapitres II. III du titre IV ;  
Vu la loi n° 90-08 du 07/04/1990 relative à la commune ;  
Vu la loi n° 90-09 du 07/04/1990 relative à la wilaya ;  
Vu le décret législatif N° 93-01 du 19/01/1993 portant loi de finances pour 1993 notamment son article 137 ;  
Vu le décret n° 84-379 du 15/12/1984 fixant les statuts particuliers des médecins vétérinaires ;  
Vu le décret n° 84-380 du 15/12/1984 fixant les statuts particuliers des médecins vétérinaires spécialistes ;  
Vu le décret n° 88-252 du 31/12/89 fixant les conditions d'exercice à titre privé des activités de médecine vétérinaire et de chirurgie des animaux, modifié et complété ;  
Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 15/04/1994 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 93-148 du 22/06/1993 portant réaménagement des statuts de l'institut national de la santé animale et changement de sa dénomination en Institut national de la médecine vétérinaire ;  
Vu le décret exécutif n° 95-66 du 22 Ramadhan 1415 correspondant au 22/02/1995 fixant la liste des maladies animales à déclaration obligatoire et des mesures générale qui leur sont applicables ;  
Vu l'arrêté interministériel du 01/09/1984 portant institution d'un comité national et des comités de wilaya de lutte contre les zoonoses ;

**TITRE I**  
**DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 1 :** La rage dans toutes les espèces est une maladie contagieuse qui donne lieu à déclaration et à l'application de mesures sanitaires scientifiques définies par le présent arrêté

**Article 2 :** Lorsque le diagnostic de rage a été confirmé par un laboratoire agréé ou par un médecin vétérinaire, le Wali peut immédiatement déclarer zone atteinte par la maladie tout territoire défini selon les nécessités, dans lequel a été trouvé l'animal enragé. L'arrêté du Wali portant déclaration d'une zone atteinte par la rage est affiché dans toutes les A.P.C et lieux publics de la zone concernée. En outre, et notamment lorsque l'extension de la maladie revêt le caractère envahissant, le ministre de l'agriculture procéde ou fait procéde par les walis à toute mesure qu'il juge approprié.

**Article 3 :** Toute personne qui à constaté chez un animal les symptômes caractéristiques de la rage dans sa forme furieuse doit, si elle en est le propriétaire ou si elle en a la garde ou a la charge des soins, procéde ou faire procéde à son abattage sur place et sans délai, et en aviser le vétérinaire de la circonscription ou le président de l'assemblée populaire communale.

Tous les animaux abattus pour cause de rage doivent immédiatement être enfouis sur place.

Dés qu'il a eu connaissance d'un cas de rage, le président de l'Assemblée Populaire Communale est tenu de s'assurer de l'exécution des opérations d'abattage et d'enfouissement.

Lorsqu'ils sont reconnus atteints de rage, les animaux vivant à l'état sauvage et les animaux abandonnés ou errants sont abattus sans délai soit par les agents de la force publique, soit par les agents chargés de la police de la chasse ou toute personne titulaire d'un permis de chasse et requise par le président de l'Assemblée Populaire Communale.

**Article 4 :** Est considéré comme animal, contaminé :

Tout animal ayant été en contact avec un animal chez qui le diagnostic de rage a été confirmé.

Tout animal sensible à la maladie qui a été mordu ou griffé par un animal chez qui le diagnostic de rage a été confirmé.

Est considéré comme éventuellement contaminé tout animal ayant été en contact par morsure, griffure ou de toute autre manière avec un animal suspect, ou d'origine inconnue.

Toute personne qui est propriétaire ou qui à la garde ou la charge des soins d'animaux domestiques contaminés est tenue d'en informer immédiatement le vétérinaire de la circonscription ou le président de l'A.P.C.

Le Président de l'A.P.C. doit faire procéde sans délai à leur abattage, à moins qu'il ne s'agisse de chiens ou d'herbivores dont la conversation est reconnue possible dans les conditions fixées aux titres II du présent arrêté.

En outre, il est sursis à l'abattage des animaux contaminés qui ont mordu ou griffé une personne : des animaux sont placés sous surveillance vétérinaire au même titre que les animaux suspects et dans les conditions définies au titre et du présent arrêté.

**Article 5 :** Est considéré comme animal suspect :

Tout animal sensible à la rage qui a mordu ou griffé soit une personne, soit un animal domestique.

Tout animal sensible à la rage qui présente des symptômes non susceptibles d'être rattachés de façon certaine à une autre maladie.

Toute personne qui est propriétaire ou qui à la garde de la charge des soins d'un animal suspect est tenu d'en informé le vétérinaire de la circonscription ou le président de l'A.P.C.

Conformément aux dispositions de l'article 73 de la loi n° 88-08, les animaux suspects et ceux qu'ils auraient ou éventuellement contaminé sont placés sous la surveillance d'un médecin vétérinaire. Les présidents d'A.P.C peuvent en ordonner l'abattage dans le cas où ils présenteraient au danger pour les personnes ou lorsque les circonstances locales ne permettent pas la mise en œuvre effective et immédiatement des mesures de surveillance prescrites.

La mise sous surveillance est levée lorsque la rage n'a pas été mise en évidence par le médecin vétérinaire. Dans le cas contraire, un arrêté de déclaration d'infection est pris dans les conditions prévues à l'article 2.

**Article 6 :** Si au cours de la période de mise sous surveillance, l'animal suspect ou éventuellement contaminé est trouvé mort ou abattu le cadavre ou la tête doit être envoyée à un laboratoire en vue du diagnostic.

Seul un médecin vétérinaire est habilité à effectuer le prélèvement en vue du diagnostic de rage en prenant les précautions nécessaires.

**Article 7 :** Sous réserve des dispositions de l'article 8, les animaux domestiques suspects et contaminés dont la conservation par leur propriétaire a été autorisée ne peuvent faire l'objet d'aucune transaction hors des locaux, cours enclos, herbages et pâturages, sans autorisation de l'inspecteur vétérinaire de wilaya sauf en vue de leur abattage lorsque celui-ci est prescrit.

**Article 8 :** Les herbivores contaminés peuvent être abattus en vue de la consommation à condition que l'abattage de ces animaux soit pratiqué dans un délai compris entre quarante huit heures et huit jours après la contamination et sous réserve de ne pas appartenir à un effectif dans lequel la rage a été mise en évidence depuis moins de six mois.

**Article 9 :** Dans les territoires couverts par un arrêté du Wali déclarant la zone atteinte de rage, les chiens doivent être tenus en laisse et muselés et les chats doivent être enfermés.

Les chiens et les chats errants sont capturés et transportés en fourrière à la diligence du président d'A.P.C. - Les chats sont abattus immédiatement et les chiens après un délai de quarante huit heures au cours duquel ils peuvent être restitués à leur propriétaire sur présentation d'un certificat de vaccination antirabique en cours de validité et identifiant exactement l'animal.

Les chiens et les chats errants dont la capture est impossible ou dangereuse sont abattus sur place.

**Article 10 :** Indépendamment des mesures prises à l'article 5 ci-dessus, la surveillance à laquelle sont soumis les animaux suspects ayant mordu ou griffé une personne ou un animal domestique est fixé à une durée de quinze jours.

Cette durée peut être modifiée par arrêté du ministre de l'Agriculture.

Les modalités d'application de cet article sont déterminées au titre V du présent arrêté.

## **TITRE DEROGATION A L'ABATTAGE DES ANIMAUX CONTAMINES DE RAGE**

**Article 11 :** Pour bénéficier d'une dérogation à l'abattage d'un chien contaminé de rage, le propriétaire doit en faire la demande écrite à l'inspecteur vétérinaire de la wilaya ou la contamination s'est produite

Dans cette demande, le propriétaire indique qu'il accepte de prendre l'entière responsabilité des éventuelles conséquences résultant de la conservation de son animal.

**Article 12 :** A l'appui de sa demande, la propriétaire doit fournir un certificat de vaccination conforme au modèle fixé par le ministre de l'agriculture, portant identification du chien.

Pour être valable, cette vaccination doit, au jour de la contamination, avoir été effectuée :

En cas de primovaccination, depuis plus d'un mois et moins d'un an.

En cas de vaccination de rappel, depuis moins d'un an.

**Article 13 :** Dans le cas où les conditions énumérées aux articles 11 et 12 du présent arrêté sont remplies, le chien contaminé de rage devra, pour être conservé, recevoir une injection de rappel de vaccin antirabique avant l'expiration d'un délai de cinq jours maximum suivant la contamination.

Le certificat de vaccination antirabique de rappel, délivré par le vétérinaire vaccinateur, sera joint à la demande de dérogation à l'abattage de l'animal.

**Article 14 :** Tout chien contaminé de rage bénéficiant de la dérogation à l'abattage est placé sous la surveillance d'un médecin vétérinaire pendant une durée de trois mois et sera soumis aux frais du propriétaire, à la visite d'un vétérinaire à l'issue de chacun de ces mois de surveillance.

**Article 15 :** La surveillance est levée à l'issue du troisième mois si aucun symptôme de rage n'est constaté. Toutefois, le propriétaire doit s'engager par écrit à ne pas se dessaisir de l'animal avant l'expiration d'un nouveau délai de neuf mois.

**Article 16 :** Pendant les trois mois de mise sous surveillance, l'apparition d'un signe quelconque de maladie ou la mort quelle qu'en soit la cause, doivent entraîner sans délai, la présentation de l'animal ou de son cadavre au vétérinaire sous la surveillance duquel il est placé sa disparition doit de même lui être signalée.

**Article 17 :** Pour bénéficier d'une dérogation à l'abattage des herbivores mordus ou griffés par un animal enragé, le propriétaire doit en faire la demande à l'inspecteur vétérinaire de la wilaya.

Dans cette demande, le propriétaire indique qu'il accepte l'entière responsabilité des éventuelles conséquences résultant de la conservation de ses animaux.

**Article 18 :** La dérogation à l'abattage des herbivores domestiques contaminés peut être accordée :

Aux animaux vaccinés qui répondent aux conditions fixées aux articles 12 et 13 du présent arrêté.

Aux animaux non vaccinés, lorsque leur abattage doit entraîner des pertes économiques importantes.

**Article 19 :** Les herbivores contaminés bénéficiant de la dérogation à l'abattage sont soumis à la surveillance d'un médecin vétérinaire pendant une durée de trois mois.

Ils seront visités aux frais de leur propriétaire par le vétérinaire concerné à l'issue de chacun de ces mois de surveillance.

La mise sous surveillance est levée si aucun symptôme de rage n'est constaté.

Toutefois, le propriétaire s'engage à ne pas se dessaisir de l'animal avant l'expiration d'un nouveau délai de neuf mois.

## **TITRE III LUTTE CONTRE LES ANIMAUX ERRANTS**

**Article 20 :** Les Présidents d'A.P.C peuvent prendre toutes dispositions propres à empêcher la divagation des chiens et des chats.

Ils peuvent arrêter que les chiens et les chats soient tenus en laisse et que les chiens soient muselés.

Ils prescrivent que les chiens et les chats errants qui seraient trouvés sur la voie publique, dans les champs ou dans les puits seront conduits à la fourrière et abattus si leur propriétaire reste inconnu ou s'ils n'ont pas été réclamés par lui ; l'abattage est réalisé dès l'expiration d'un délai de quatre jours après la capture. Dans le cas où le quel figurent les animaux sont identifiés par le port d'un collier sur lequel figurent le nom et l'adresse de leur maître, le délai d'abattage est porté à huit jours

**Article 21 :** Tout chien circulant sur la voie publique, en liberté ou même tenu en laisse, doit être muni d'un collier portant les noms et adresses de son propriétaire.

## **TITRE IV LA VACCINATION ANTIRABIQUE DES ANIMAUX DOMESTIQUES**

**Article 22 :** La vaccination antirabique des animaux de l'espèce canine et féline est obligatoire.

Elle peut être rendue obligatoire pour les autres espèces animales par arrêté du Ministère de l'Agriculture.

**Article 23 :** La vaccination antirabique ne peut être effectuée que par un médecin vétérinaire – Elle donne lieu à l'établissement d'un certificat de vaccination antirabique dont le modèle est fixé par le Ministre de l'Agriculture.

**Article 24 :** Seuls les vaccins agréés par le Ministre de l'Agriculture peuvent être utilisés.

**Article 25 :** Après toute vaccination antirabique de chien ou chat, le propriétaire est tenu de faire enregistrer le certificat délivré par le vétérinaire vaccinateur au niveau du bureau d'hygiène communal ou à défaut, au niveau des services compétent de l'A.P.C. du lieu résidence.



**Article 26 :** L'entrée en Algérie de carnivores domestiques en provenance de pays considérés comme infectés est subordonnée à la présentation par le propriétaire, d'un certificat de bonne santé et d'un certificat de vaccination attestant que celle-ci a été vaccinée depuis plus d'un mois et moins d'un an pour une primo-vaccination ou depuis moins d'un an pour une vaccination de rappel. Ces mesures peuvent être modifiées par arrêté du Ministre de l'Agriculture.

- 2 – Lors de provenance de pays considéré comme indemne de rage depuis au moins de 2 ans, il est tenu compte de la présentation d'un certificat attestant que les carnivores ne présentent aucun signe de rage n'a été constaté depuis au moins deux ans.

#### TITRE V

#### EXAMEN DES ANIMAUX MORDEURS

**Article 27 :** Lorsqu'un animal vacciné ou non contre la rage, a mordu ou griffé une personne, il est placé à la diligence et aux frais de son propriétaire sous surveillance d'un vétérinaire pendant une période de quinze jours à compter du jour où la personne a été mordue ou griffée.

Si le propriétaire est inconnu ou défaillant à la mise en demeure qui lui est faite, le président d'A.P.C. fait procéder d'office à cette surveillance dans la fourrière ou il fait conduire l'animal.

Pendant la durée de cette surveillance, le propriétaire ou la personne ayant la garde de l'animal ne peut s'en dessaisir ni l'abattre sans autorisation des services vétérinaires.

**Article 28 :** L'animal placé sous surveillance vétérinaire est présenté trois fois par son propriétaire ou son détenteur au même vétérinaire ou à son remplaçant.

La première visite est effectuée dans les heures qui suivent la morsure ou la griffure, la seconde visite sept jours après la morsure ou griffure la troisième visite quinze jours après la morsure.

En l'absence de symptôme entraînant la suspicion de rage, le vétérinaire consulté établit à l'issue de chacune de ces deux premières visites un certificat provisoire attestant que l'animal ne présente, au moment de la visite aucun signe suspect de rage.

A l'issue de la troisième visite, le quinzième jour après que l'animal ait mordu ou griffé, le vétérinaire rédige un certificat attestant que l'animal mis en observation n'a présenté à aucun moment de celle-ci, des symptômes rabiques.

**Article 29 :** La non présentation de l'animal dans les délais prescrite à l'article 27 ci-dessus doit être immédiatement signalée à l'autorité investie des pouvoirs de police et l'inspecteur vétérinaire de wilaya par le vétérinaire sous la surveillance duquel il est placé, sa disparition doit de même, lui être immédiatement signalée.

En présence de suspicion de rage, l'animal est maintenu en observation, isolé et mis à l'attache, sauf impossibilité qui justifierait son abattage immédiat.

**Article 30 :** Dans le cas où l'animal qui a mordu ou griffé une personne est un animal contaminé, celui-ci doit être mis en observation isolé et maintenu à l'attache sauf impossibilité qui justifierait son abattage immédiat.

**Article 31 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 juillet 1995

Le Ministre de l'Agriculture

Le Ministre de la Santé et de Population

Le Ministre de l'Intérieur  
des Collectivités Locales  
de la Réforme Administrative  
et de l'Environnement

**INSTRUCTION N° 04 MSP/DP/SDPG/ DU 03 JAN 2001**  
**RELATIVE A LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE MORSURE**

DESTINATAIRES :

POUR EXECUTION ET LARGE DIFFUSION

- MESSIEURS LES DSP  
- MESSIEURS LES D.G DES CHU  
- MESSIEURS LES D.G EHS  
- MONSIEUR LE D.G DE L'IPA  
- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES  
SECTEURS SANITAIRES  
- MEDAMES ET MESSIEURS LES  
MEDECINS CHEFS DES SEMEP  
- MEDAMES ET MESSIEURS LES MEDECINS  
CHEFS DES SERVICES DE MEDECINE DE TRAVAIL  
MONSIEUR LE D.G DE L'ENSP

POUR INFORMATION

- MONSIEUR LE MINISTRE DE  
L'AGRICULTURE (Comité  
National de lutte contre les (Zoonoses)  
- MESSIEURS LES WALIS  
- MESSIEURS LES PRESIDENTS  
DES REGIONS SANITAIRES  
MONSIEUR LE D.G L'INSP  
(Madame et Messieurs les Directeurs des ORS)

**OBJET : FICHE TECHNIQUE RELATIVE A LA SEROTHERAPIE ET LA VACCINATION ANTI-RABIQUE HUMAINE.**

La rage est une maladie fatale à 100% et sa prévention reste le seul traitement efficace, par la prise en charge correcte et précoce des cas de morsures dont le nombre avoisine les 40.000 cas par année et le seuil d'alarme a été atteint en 1995 avec 41 cas.

Pour l'année 2000 le nombre de cas enregistré est de 15 cas.

La rage est la seule maladie qui bénéficie d'une déclaration post-exposition à la fois préventive et curative.

A cet effet, la présente qui annule et remplace tout schéma antérieur de vaccinothérapie et sérothérapie antirabique a pour objet d'améliorer la prise en charge des cas de morsures et de réduire l'incidence de la rage humaine.

**A- ELEMENTS D'APPRECIATION POUR UNE SERO-VACCINOTHERAPIE :**

La décision d'entreprendre la séro-vaccination antirabique après exposition (morsure, griffure, léchage,.....par animal) doit tenir compte des éléments suivants :

**A.1 DE LA NATURE DE L'EXPOSITION**

GRADE 1 : léchage de la peau saine ou excoriée.

**A.1.1. LORS D'UN CONTACT MINEUR**

GRADE 2 : Griffures, écorchures, morsures à travers les vêtements .Contact indirect avec un animal. Léchage de peau excoriée autre que la tête et les organes génitaux.

**A.1.2. LORS D'UN CONTACT MAJEUR :**

GRADE 3 : Morsure profonde ou superficielle et étendue, morsures multiples, morsures à la tête, au cou, à la main, léchage des muqueuses et organes génitaux, projection de baves sur des muqueuses en particulier oculaires.

**A.2. DE L'ETAT DE L'ANIMAL MODEUR :**

Si l'animal est connu, son état sera apprécié, par un vétérinaire en plus des documents attestant.

De son statut vaccinal : vaccination datant de moins d'une année et de plus d'un mois.

De son comportement du moment.

Trois certificats de mise en observation ou/et les résultats des examens de laboratoire s'il a été abattu ou retrouvé mort ou euthanasie.

S'il s'agit d'un animal sauvage, il y a risque majeur de rage même chez les animaux en captivité (zoo).

**A.3. DE LA PRESENCE DE RAGE DANS LA REGION :**

En Algérie, aucune région n'est épargnée par la rage animale ; le chien et le chat sont les principaux vecteurs de la maladie suivis des bovins, caprins, d'autres vecteurs sont à souligner (rongeurs, chacal, fennec, sanglier...).

**B. TRAITEMENT LOCAL :**

**B.1 SOINS LOCAUX :**

Ils visent l'élimination du rabique au niveau du site d'exposition et la prévention de la surinfection bactérienne.

Ils consisteront à laver immédiatement et abondamment la plaie à l'eau de javel puis à l'alcool et /ou une

solution iodée.

Ils doivent être entrepris aussi rapidement que possible, même quand le patient consulte tardivement, et dans tous les cas, quel que soit la nature du contact.

**B.2. SEROTHERAPIE ANTI-RABIQUE LOCALE :**

Lorsque celle ci est indiquée, elle se fait :

Par infiltration soigneuse autour de la plaie,

Si la plaie est profonde et étendu, adjoindre une instillation profonde sans bien sûr dépasser la moitié (1/2) de la dose prescrite par voie générale.

**B.3. SUTURE DES PLAIES :**

La suture immédiate des plaies est à éviter, si son indication est impérative (délabrement, hémostasie à assurer) elle se fera, si possible, quelques instants après que le sérum anti-rabique ait été administré localement (le médecin est seul habilité à déterminer la gravité et la profondeur de la plaie et par conséquent la nécessité ou non de suture de la plaie).

**C. TRAITEMENT D'APPOINT :**

**C.1. VACCINATION ANTI-TETANIQUE :**

Elle est à prescrire en cas de risque et / ou d'infection bactérienne associée. La pénicilline G est le traitement de choix en première intention, ainsi que les cyclines

(Doxycycline) .En cas de suppuration l'oxacilline en IM sera le traitement préconisé.

#### **D. LA VACCINATION ANTI-RABIQUE :**

En Algérie, L'IPA commercialise deux sortes de vaccins ; le vaccin préparé sur souriceaux nouveaux nés et le vaccin préparé sur culture cellulaire.

Le vaccin ainsi que le solvant doivent être conservés au réfrigérateur à + 4° C 5 2° à 8°).

La décision de vaccin doit être prise après s'être assuré qu'il y a eu contact réel et effectif avec un animal inconnu et / ou reconnu suspect ou enragé.

La vaccination anti-rabique devra tenir compte de la nature de contact et de l'état de l'animal « mordeur ». Cette vaccination doit être entreprise selon les recommandations ci-jointes.

#### **D.1. VACCIN PREPARE SUR SOURICEAUX NOUVEAUX NES :**

L'immunité post-vaccinale est d'une durée d'une année après le dernier rappel.

#### **D.1.1. LES DOSES ET VOIES D'INJECTION DU VACCIN ANTI-RABIQUE :**

VACCIN	ENFANTS AGES DE 0 jours –4 ans révolus (5 ans moins 1 jour)	ENFANTS AGES DE 5 ans et plus ET ADULTES
Souriceaux nouveaux-nés	- Voie sous-cutanée : 1(un) ml par injection - Voie intradermique : 0,1 ml par injection	- Voie sous-cutanée : 2 (deux) ml par injection Voie intradermique : 0,25 ml par injection à répartir en deux (02) points d'injection

#### **D.1.2. LE SCHEMA INITIAL DE VACCINATION ANTI-RABIQUE :**

DE J1 A J7	S/C PERI-OMBILICALE
------------	---------------------

#### **D.1.3. LE SCHEMA DES RAPPELS DE VACCINATION ANTI-RABIQUE : PAR VOIE STRICTEMENT INTRADERMIQUE dans l'avant bras (face antérieure).**

SERUM ANTI-RABIQUE PREALABLE	
OUI	NON
Cinq rappels J 11 J 15 J 25 J 35 J 90	Quatre rappels : J 11 J 15 J 30 J 90

#### **D.1.4. SERO-VACCINATION : la sérothérapie ne doit être entreprise qu'après un test de Besredka**

Une injection de sérum + Douze injections de vaccin

La première injection de vaccin se fait en même temps que la séro-thérapie.

SERO-THERAPIE	VACCINATION	RAPPELS
J 1 Après test	J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7	J 11 J 15 J 25 J 35 J 90
IM dans la fesse	S/C	ID

Sérum hétérologue : 40 unités / kg

Sérum homologue : 20 unités / kg

#### **D.1.5. VACCINATION SANS SERO-THERAPIE : Onze injections de vaccin.**

VACCINATION	RAPPELS
J 1 J 2 J 3 J 4 J 5 J 6 J 7	J 11 J 15 J 30 J 90
S/C	ID

#### **D.2. VACCIN PREPARE SUR CULTURE CELLULAIRE :**

L'immunité post-vaccinale est d'une durée de trois années après le dernier rappel.

#### **D.2.1. DOSES ET VOIES D'INJECTION DU VACCIN :**

VACCINS	ENFANTS AGES DE 0 jours – 4 ans révolus (5 ans moins 1 jour)	ENFANTS AGES DE 5 ans et plus ET ADULTES
Culture cellulaire	0,01 ml par Kg soit 0,05 UI /Kg face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse en IM	0,5 ml soit 2,5 UI IM dans le deltoïde

#### **D.2.2. SI SEROTHERAPIE INDIQUEE :**

Une injection de sérum + 06 injections de vaccin (l'injection de sérum se fait au même moment que la première injection de vaccin dans deux cités différents).



SERO-THERAPIE	VACCINATION 04 INJECTIONS	RAPPELS 01 INJECTION
J 1	J 1 J 4 J 8 J 15	J 30 J 90
IM dans la fesse	IM dans le deltoïde	IM dans le deltoïde

- Enfant moins de cinq ans (4 ans révolus) : face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse.

**D.2.3. VACCINOTHERAPIE SEULE :**

Trois injections de vaccin + 01 rappel

VACCINATION 04 INJECTIONS		
J 1	J 8	J 22
02 injections		
IM dans les deltoïdes droit et gauche	IM dans le deltoïde	IM dans le deltoïde

- Enfant moins de cinq ans (4 ans révolus) : face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse

**E. PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DU SERUM ANTI-RABIQUE (S.A.R) :**

En cas d'indication de la sérothérapie, il est recommandé d'injecter du S.A.R le plus tôt possible après la morsure en intramusculaire (deltoïde) après avoir testé la sensibilité du patient vis à vis du sérum de cheval.

On dispose du sérum de cheval purifié et concentré provenant de chevaux hyperimmunisés avec le virus de la rage et se présentant sous forme d'ampoule S.A.R de l'Institut Pasteur d'Alger (sérum hétérologue).

Il est injecté de Besredka, qui consiste à injecter 0,1 ml en S/C, et ¼ heure après le test :

Si le test est négatif : poursuivre le reste en IM.

Si le test est positif : poursuivre par l'injection de 0,25 ml en S/C de sérum et enfin si tout va bien ¼ heure après le reste de la dose en S/C.

Multiplier au besoin les points d'injections pour faciliter la résorption du sérum.

Si la sérothérapie est indiquée, il faut l'administrer quelque soit le jour ou le malade se présente, il n'y a pas de date limite à sa prescription.

Prévoir Adrénaline + Hémi-succinate l'Hydrocortisone à portée de main en cas de choc anaphylactique.

P.S : Attestation avant toute administration bien vérifiée

Le dosage en unités du flacon qui peut varier d'un lot à un autre.

La date de péremption.

Un surdosage peut entraîner des accidents graves :

Sérum hétérologue : 40 UI /Kg

Sérum homologue : 20 UI/Kg = sérum humain peu utilisé en Algérie car non disponible à l'IPA.

**E. LES REACTIONS POST-VACCINALES ANTIRABIQUE :**

Les plus fréquentes sont les réactions locales sans gravité au(x) point(s) d'inoculation : érythème, prurit, nodules, réactionnels qui régressent et cèdent aux antihistaminiques.

Les accidents neuro-paralytiques sont exceptionnels ;

**AUSI LA VACCINATION NE DEVRAIT JAMAIS INTERROMPUE CAR LE CHOIX QU'IL Y AURAIT A FAIRE ENTRE, CES REACTIONS POST-VACCINALES MAL SUPPORTEES, ET LE RISQUE DE RAGE CLINIQUE, DONT LE DECES PAR RAGE, PARFAIT EVIDENT ET SANS EQUIVOQUE.**

En cas d'accidents neuro-paralytiques poursuivre le traitement et contacter le centre de référence anti-rabique le plus proche (se référer au point H) et le déclarer à la direction de la prévention (MSP).

**G. CAS PARTICULERS :**

**G.1. VACCINATION PREVENTIVE DU PERSONNEL EXPOSE :**

a- Si la vaccination se fait par le vaccin préparé sur culture cellulaire, la vaccination avant toute exposition se fait à J1, J8 et J 29, et un rappel un an après puis tous les trois ans.

Nous rappelons que ces vaccinations sont effectuées de préférences à l'aide du vaccin sur culture cellulaire en IM dans le muscle deltoïde.

b- Si la vaccination se fait par du vaccin préparé sur souches nouveaux nés elle se fera selon le protocole suivant : J1. J8. J15 et un rappel tout les ans en ID (0,25 ml).

Il est recommandé de pratiquer un contrôle sérologique tous les 06 mois pour les deux types de vaccins.

**G.2. TRAITEMENT APRES EXPOSITION DES PERSONNES PREALABLEMENT VACCINEES (PERSONNEL DE LABORATOIRE, ABATTOIRS, VETERINAIRES, ELEVEURS.....)**

Si la vaccination a été pratiquée par le vaccin préparé sur culture cellulaire, après morsure au jour (J1) :

- Deux injections en IM seront pratiquées en deux sites différents (habituellement les deux bras),

- Rappels d'une dose à J7 et J21.

SEROLOGIE PRATIQUEE ET TITRE SUFFISANT (0,5 UI/ml)	- SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU - TITRE INSUFFISANT
Deux injections à J1 et arrêt du traitement	Trois injections : J1. J7. et J21

Au – delà de trois ans reprendre la vaccination à zéro.

Si la vaccination a été pratiquée par le vaccin préparé sur souches nouveau-nés revacciner selon le protocole ci-dessous puis faire des rappels tous les ans.

- Pratiquer une sérologie à J1	- Impossible de la pratiquer ou titre insuffisant
- Titre suffisant : arrêter la vaccination	- Vacciner J1. J7 et J21
- Titre insuffisant : vacciner à J7 et J21	

**G.3. MORSURE DE RATS OU TOUT AUTRE ANIMAL SAUVAGE :**

Toute morsure de rat est considérée comme suspecte et le sujet doit être vacciné.

**G.4. CHIENS VACCINES :**

Même sur présentation du carnet de vaccination, il faut toujours mettre en observation un chien mordeur pendant 15 jours.

**G.5. PERSONNES IMMUNODEPRIMEES :**

La vaccination se fait par le vaccin fabriqué sur culture cellulaire.

**G.6. VACCINATION INTERROMPUE :**

Devant toute interruption de la vaccination, la reprendre au début.

**G.7. PERSONNE MORDUE UNE DEUXIEME FOIS :**

Toute personne mordue une deuxième fois après avoir terminé sa série de vaccination : se référer à la conduite à tenir décrite au point G2 en tenant compte du type de vaccin utilisé.

**G.8. FEMMES ENCEINTES :**

Pas de contre indication à la vaccination

**H.CENTRES DE REFERENCES :**

**INSTITUT PASTEUR D'ALGER**

**EHS EL HADI FLICI (EX EL KETTAR)**

**TELEPHONE VERT 115.**

**I. CENTRES DE VACCINATION ANTI-RABIQUE :**

Dans les secteurs sanitaires :

Au minimum : Un centre de vaccination ou unité anti-rabique ouverte 24 h sur 24 h et 7 j sur 7 j par secteur sanitaire, son siège sera situé de préférence dans la polyclinique de garde.

Cette unité sera placée sous le contrôle du Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP).

- Dans les CHU : la prévention contre la rage et la vaccination des personnes mordues sera placée sous le contrôle du SEMEP en collaboration avec les services de médecine interne, des urgences et de maladies infectieuses.

**TABLEAU RECAPITULATIF DE LA CONDUITE A TENIR  
DEVANT UN CAS DE MORSURE**

NATURE DE LA BLESSURE OU GRADE DU CONTACT	ETAT DE L'ANIMAL MORDEUR		CONDUITE A TENIR
	Au moment de la blessure 15 jours ou sacrifié	après la mise en Observation	
<b>GRADE I</b> Absence de blessure ou de contact direct Léchage sur peau saine	Animal enragé ou sain	Enragé ou sain	Pas de traitement
<b>GRADE II</b> Léchage sur peau lésée, morsures, griffures bénignes siégeant ailleurs qu'à la tête, aux extrémités et aux organes génitaux	Apparemment sain Ou signes suspects de rage  Enragé, inconnu, non examiné Rat	Signes non confirmés : animal sain Apparition de signes de rage confirmée	Soins locaux VAT-ATB Traitement vaccinal immédiat, qui sera arrêté au 10 <sup>ème</sup> jour l'observation si animal sain poursuivi si rage confirmée Soins locaux VAT-ATB Traitement vaccinal immédiat et complet
<b>GRADE III</b> Morsures graves : morsures siégeant à la face, à la tête, au cou aux mains, aux pieds, aux organes génitaux Morsures profondes ou multiples ou morsures par animal sauvage léchage ou contamination des muqueuses par la salive protection de baves sur les muqueuses en particulier oculaires	Apparemment sain Ou  Signes suspects de rage       Enragé, inconnu non examiné sauvage	Oui Signes non confirmés : animal sain Apparition de signes de rage confirmés       NON	Soins locaux VAT-ATB Sérothérapie immédiate (1 <sup>er</sup> jour) Et vaccination arrêté le 10 <sup>ème</sup> jour si animal sain  Sérovaccination Sérothérapie immédiate (1 <sup>er</sup> jour) et vaccination complète  Sérothérapie immédiate (1 <sup>er</sup> jour) et vaccination complète

Enfin, telles sont les dispositions à prendre et la conduite à tenir en cas de morsure pour la prévention de la rage humaine .Leur mise en œuvre est impérative et ne doit souffrir aucun délai dès que l'indication est posée selon le tableau récapitulatif joint en annexe, qui devra faire l'objet d'un affichage dans toutes les structures de soins d'urgence et centres de vaccination ou unités anti-rabiques.

La présente instruction doit en tout état de cause faire l'objet de la plus large diffusion à tous les services et unités d'urgence.

Toute difficulté dans son application doit être signalée à la Direction de la Prévention (MSP) et à l'IPA, concernant l'organisation de la prévention de la rage ou la disponibilité du vaccin et du sérum anti-rabique.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**  
**DIRECTION DE LA PREVENTION**

**INSTRUCTION N° MSPRH/DP/SDPS/ DU 26 OCTOBRE 2004**  
**RELATIVE A LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE MORSURE**

**DESTINATAIRES :**

<b><u>POUR EXECUTION ET LARGE DIFFUSION</u></b>	<b><u>POUR INFORMATION</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- MMES ET MM. LES DSP</li><li>- MMES ET MM. LES DG DES CHU</li><li>- MESSIEURS LES DG DES EHS</li><li>- MONSIEUR LE DG DE L'IPA</li><li>- MONSIEUR LE DG DE LA PCH</li><li>- MESSIEURS LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES</li><li>- MMES ET MM. LES MEDECINS-CHEFS DES SEMEP</li><li>- MESSIEURS LES PRESIDENTS DES REGIONS SANITAIRES</li><li>- MMES ET MM. LES DIRECTEURS DES ORS</li><li>- MMES ET MM. LES MEDECINS-CHEFS DES SERVICES DE MEDECINE DU TRAVAIL</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- MONSIEUR LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE (Président du comité National de lutte Contre les Zoonoses)<ul style="list-style-type: none"><li>- MESSIEURS LES WALIS (cabinet)</li></ul></li><li>- MONSIEUR LE DG DE L'INSP</li><li>- MONSIEUR LE DG DE L'ENSEP</li><li>- MONSIEUR LE DG DE L'INPEP</li></ul>

## SOMMAIRE

- 1. Les vaccins antirabiques disponibles en Algérie**
- 2. Eléments d'appréciation pour une vaccinothérapie ou une séro-vaccinothérapie**
- 3. Traitement : antirabique**
  - 3.1- Traitement local
  - 3.2- Traitement d'appoint
  - 3.3- Vaccination et sérovaccination Antirabique
- 4. Réactions post-vaccinales Antirabiques**
- 5. Cas particuliers**
- 6. Centres de traitement antirabiques de références**
- 7. Centres de traitement antirabiques**
- 8. Annexes**
  - 8.1- Tableau récapitulatif de la conduite à tenir après exposition
  - 8.2- Schéma récapitulatif de la séro-vaccinothérapie des deux types de vaccin

## FICHE TECHNIQUE RELATIVE A LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE MORSURE (SERO-VACCINOTHERAPIE DE LA RAGE)

Le nombre de cas de rage varie entre 20 et 40 cas par année. Un pic a été atteint en 1995 avec 40 cas. En 2002, le nombre de cas de rage notifiés était de 23 cas et en 2003 de 15 cas. La rage est une maladie hautement létale et sa prévention reste le seul traitement efficace par la prise en charge correcte et précoce des cas de morsures.

La rage est la seule maladie qui bénéficie d'une vaccination post-exposition (après morsure, griffure, léchage....). Une personne bien vaccinée dans le cadre préventif (profession exposée) ou au cours d'une exposition antérieure doit faire l'objet d'une vaccinothérapie post exposition selon un schéma adapté.

A cet effet, la présente instruction rappelle et complète le schéma antérieur de vaccinothérapie et sérothérapie antirabique, afin de réduire le taux d'incidence de la rage humaine.

### 1. LES VACCINS ANTIRABIQUE DISPONIBLES EN ALGERIE :

En Algérie, l'institut Pasteur commercialise deux sortes de vaccin antirabique viral inactivé :

- **Le vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveaux-nés** dont l'immunité post-vaccinale est de **6 à 12 mois** après le dernier rappel.
- **Le vaccin préparé sur culture cellulaire** dont l'immunité post-vaccinale est de 2 à 3 ans après le dernier rappel. Ils peuvent être administrés quel que soit l'âge de la personne exposée. Ce sont des vaccins sensibles à la chaleur : ils doivent être stockés et conservés, ainsi que leurs solvants, au réfrigérateur (2° C à 8° C).

### 2. ELEMENTS D'APPRECIATION POUR UNE VACCINOTHERAPIE OU UNE SERO-VACCINOTHERAPIE :

La vaccination antirabique devra tenir compte de la nature du contact et de l'état de l'animal « mordeur ». Cette vaccination doit être entreprise selon les recommandations suivantes :

La décision d'entreprendre la vaccination ou la sérovaccination antirabique après exposition (morsure, griffure, léchage, projection de bave sur muqueuses....par l'animal) doit tenir des éléments suivants :

#### 2.1. DE LA NATURE DE L'EXPOSITION :

La nature de l'exposition est classée en 3 grades :

**Grade 1 :** *Absence de blessure ou de contact direct ou léchage sur peau saine.*

**Grade 2 :** *Léchage sur peau lésée, morsures, griffures bénignes siégeant ailleurs qu'à la tête, aux extrémités et aux organes génitaux.*

**Grade 3 :** *Morsures même bénignes siégeant à la face, à la tête, au cou, aux mains, aux pieds, aux organes génitaux.*

- Morsures profondes ou multiples ou morsures par animal sauvage.
- Léchage ou contamination des muqueuses par la salive, projection de bave sur les muqueuses en particulier dans les yeux.

#### 2.2. DE L'ETAT DE L'ANIMAL MORDEUR :

- Si l'animal est connu, son état sera apprécié par un vétérinaire, en plus des documents attestant :
  - De son comportement du moment.
  - De son statut vaccinal : vaccination datant de moins d'une année et de plus d'un mois.
  - Trois certificats de mise en observation obligatoires ou / et les résultats des examens de laboratoire s'il a été abattu ou retrouvé mort ou euthanasie.
- S'il s'agit d'un animal sauvage, il y'a risque majeur de rage même chez les animaux en captivité (Zoo)

#### 2.3. DE LA PRESENCE DE RAGE DANS LA REGION :

En Algérie, aucune région n'est épargnée par la rage animale : le chien et le chat sont les principaux réservoirs de la maladie, suivis des bovins et de caprins.

D'autres réservoirs sont à signaler (rongeurs, chacals, fennecs, sangliers).

### 3. TRAITEMENT ANTIRABIQUE :

#### 3.1. TRAITEMENT LOCAL DE LA MORSURE :

##### 3.1.1. SOINS GENERAUX :

Ils visent l'élimination du virus de la rage au niveau du site d'exposition et la prévention de la surinfection bactérienne.

- Ils consisteront à laver immédiatement et abondamment la plaie à l'eau et au savon, puis à l'eau javellisée, ensuite appliquer de l'alcool et / ou une solution d'alcool iodée.
- Ils doivent être entrepris aussi **rapidement** que possible, **même quand le patient consulte tardivement**, et dans tous les cas, quelle que soit la nature du contact. (lavage abondant à l'eau des muqueuses).

**3.1.2. SEROTHERAPIE ANTIRABIQUE LOCALE :**

Lorsque celle-ci est indiquée (Grade III), elle se fait par infiltration soigneuse autour de la plaie, si la plaie est profonde et étendue, faire une instillation profonde d'au moins la moitié (½) de la dose prescrite et le reste par voie musculaire.

**3.2.1. SUTURE DES PLAIES :**

La suture hermétique des plaies est à proscrire. Si son indication est impérative, (délabrement, hémostase à assurer) elle se fera, si possible, après que le sérum antirabique ait été administré localement. Seul le médecin est habilité à déterminer la gravité et la profondeur de la plaie et par conséquent la nécessité ou non de suturer la plaie.

**3.2. TRAITEMENT D'APPOINT :**

**3.2.1. VACCINATION ANTI-TETANIQUE (DT enfant ou DT adulte) :**

Elle est indiquée car une plaie par morsure est à risque tétanique. Elle sera pratiquée après examen du statut vaccinal de la personne mordue (voir guide des vaccinations). Une injection de rappel doit être systématique.

\* utiliser l'eau de javel 12° diluée à 10%

**3.2.2. ANTIBIOTHERAPIE :**

Elle est à prescrire en cas de risque et / ou d'infection bactérienne associée. La pénicilline G est le traitement de choix en première intention, ainsi que les cyclines (Doxycycline). En cas de suppuration l'Oxacilline en IM sera le traitement à administrer.

**3.3. VACCINATION ET SEROVACCINATION ANTIRABIQUE :**

Le schéma du traitement antirabique par la vaccination est différent selon qu'il y ait ou non administration de sérum.

**3.3.1. VACCINOTHERAPIE : (GRADE II)**

**3.3.1.1. TRAITEMENT APRES EXPOSITION PAR LE VACCIN ANTIRABIQUE :**

préparé sur cerveaux de souris nouveaux-nés (vaccin tissulaire : tissu nerveux).

**Tableau 1 : Doses et voies du vaccin antirabique tissulaire**

VACCIN ANTIRABIQUE	Enfants âgés de 0 jour- 4 ans révolus (5 ans et moins 1 jour)	Enfants âgés de 5 ans et plus et Adultes
Tissulaire	- Voie sous-cutanée : 1 (un) ml par injection  - Voie intradermique (rappel) : 0,1ml par injection.	- Voie sous-cutanée : 2 (deux) ml par injection.  - Voie intradermique (rappel) : 0,25ml par injection à répartir en deux (02) points d'injection.

**Tableau 2 : Schéma de vaccination avec le vaccin préparé sur cerveaux de souris nouveaux-nés**

Le traitement nécessite onze (11) injections de vaccin (7 vaccinations de base et 4 rappels)

VACCINATION DE BASE EN SOUS-CUTANEE	RAPPELS EN INTRA-DERMIQUE
J0 J1 J2 J3 J4 J5 J6	J10 J14 J29 J90
S/ Cutanée péri-ombilicale	Intradermique face antérieure de l'avant-bras en 2 points d'injection

**3.3.1.2. TRAITEMENT APRES EXPOSITION PAR LE VACCIN ANTIRABIQUE PREPARE SUR CULTURE CELLULAIRE :**

**Doses et voies d'injection**

Le dosage est identique pour l'adulte et l'enfant : 1ml de vaccin.

Seule change la voie d'administration (IM ou S/C).

**Tableau 3 : Schéma de vaccination par le vaccin préparé sur culture cellulaire**

Le nombre de doses vaccinales nécessaires est de quatre (04) injections de vaccin. Le schéma de vaccination préconisé est le protocole multi-sites : 2 – 1 – 1

Age	Schéma vaccinal à 4 injections		
	J 0	J 7	J 21
Enfants âgés de 0 j à 4 ans révolus	<b>2 doses</b> de 1ml en IM à la face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse (1ml dans la cuisse droite et 1ml dans la cuisse gauche).	1 dose de 1ml en IM à la face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse.	1 dose de 1ml en IM à la face antéro-latérale externe du muscle de la cuisse
Enfants âgés de plus de 5 ans et adultes	<b>2 doses</b> de 1ml en IM dans le muscle deltoïde droit et 1ml dans le deltoïde gauche).	1 dose de 1ml dans le muscle deltoïde.	1 dose de 1ml dans le muscle deltoïde.

**3.3.2. TRAITEMENT APRES EXPOSITION PAR SEROVACCINATION : (GRADE III)**

**3.3.2.1. PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DU SERUM ANTIRABIQUE :**

Il est recommandé d'injecter du sérum antirabique le plus tôt possible après la morsure, **en intramusculaire (fesse) après avoir testé la sensibilité du patient vis à vis du sérum de cheval (test de tolérance en ID) .**

On dispose du sérum de cheval purifié et concentré provenant de chevaux hyper-immunisés avec le virus de la rage et se présentant sous forme d'ampoule de 10ml fabriqué par l'institut Pasteur d'Algérie (**sérum hétérologue**).

Il est injecté à raison de 40 Unités Internationales / Kg de poids. Cette administration se fait par la méthode de Besredka au cas où le patient présente une sensibilité au test qui consiste à injecter 0,1ml en S/C, et après ¼ heures :

- Si le test est négatif, c'est-à-dire aucune réaction inflammatoire locale, poursuivre le reste de la dose en IM.
  - Si le test est positif, poursuivre par l'injection de 0.25 ml en S/C de sérum et, si tout va bien ¼ d'heure après, injecter le reste de la dose.
- Multiplier au besoin les points d'injections pour faciliter la résolution du sérum.
- Le sérum antirabique doit être administré quel que soit le jour où le malade se présente, il n'y a pas de date limitée à sa prescription.
  - Prévoir : Seringue + Adrénaline + Hémissuccinate d'Hydrocortisone à portée de main en cas de choc anaphylactique.

**REMARQUE IMPORTANTE :**

Avant toute administration bien vérifier :

- Température de conservation.
- Le dosage en unités du flacon qui peut varier d'un lot à un autre.
- La date de péremption du produit.

La quantité de sérum (en ml) à administrer se calcule de la manière suivante :

**Poids corporel (Kg) X 40 Unités**

Dosage en Unités du flacon

**Exemple :** Pour un individu pesant 60 Kg et une ampoule de 10 ml dosée à 344 UI, la dose à injecter sera de :

$$\frac{60 \times 40}{344} = \frac{2400}{344} = 698 \text{ ml}$$

Un surdosage peut entraîner des accidents graves

La moitié de la dose est administrée localement au niveau de la plaie.

**3.3.2.2. Schéma de Sérovaccination avec le Vaccin antirabique préparé sur cerveaux de souriceaux nouveau-nés (vaccin tissulaire) :**

La sérothérapie ne doit être entreprise qu'après un test de tolérance.

La prise en charge nécessite une injection antirabique de sérum + douze (12) injections de vaccin antirabique se fait en même temps que la première injection de vaccin antirabique.

**Tableau 4 : Schéma de sérovaccination avec le vaccin tissulaire :**

SEROTHERAPIE en IM (une injection)	VACCINATION en S/C Peri-ombilicale	PAPPELS en ID
Après test de tolérance	J0 J1 J2 J3 J4 J5 J6	J10 J14 J24 J34 J90

**3.3.2.3. Schéma de sérovaccination avec le vaccin antirabique préparé sur culture cellulaire :**

une injection de sérum antirabique + 06 injections de vaccin antirabique ( l'injection de sérum se fait au même moment que la première injection de vaccin dans deux sites différent).

**Tableau 5 : Schéma de sérovaccination avec le vaccin cellulaire**

SERO-THERAPIE ANTIRABIQUE	VACCINATION DE BASE 4 INJECTION	PAPPELS 02 INJECTIONS
J0 IM dans la fesse	J0 J3 J7 J14	J30 J90

**4. LES REACTIONS APRES TRAITEMENT POST-VACCINAL ANTIRABIQUE:**

Les plus fréquentes sont les réactions locales sans gravité au (x) points (s) d'inoculation : érythème, prurit, nodules, réactionnels qui régressent et cèdent aux antihistaminiques. Les accidents neuro-paralytiques sont exceptionnels

AUSSI, LA VACCINATION NE DEVRAIT JAMAIS ETRE INTERROMPUE CAR LE CHOIX QU'IL Y AURAIT A FAIRE ENTRE, CES REACTIONS POST-THERAPEUTIQUE MAL SUPPORTEES, ET LE RISQUE DE RAGE CLINIQUE, DONT LE DECES PAR RAGE, PARAIT EVIDENT ET SANS EQUIVOQUE.

En cas d'accidents neuro-paralytique poursuivre le traitement et contacter le centre antirabique de référence antirabique le plus proche et de déclarer sur formulaire manifestations post-vaccinales indésirables (MPVI) à la direction de la prévention (MSPRH), à l'INSP, au SEMEP et à la DSP.

**5. CAS PARTICULIERS :**

**5.1. VACCINATION PREVENTIVE DES PERSONNEL EXPOSES**

(Personnel de laboratoire, abattoirs, vétérinaire, éleveurs....)

5.1.1. La vaccination se fait par le vaccin préparé sur culture cellulaire, la vaccination avant toute exposition se fait à J0, J7 et J28, et un rappel un an après puis tous les deux à trois ans.

5.1.2 si la vaccination se fait par du vaccin préparé sur cerveaux souriceaux nouveau-nés. Elle se fera selon le protocole suivant : J0, J7, J14 et un rappel tous les ans en ID (0.25ml).

Il est recommandé de pratiquer un contrôle sérologique tous les 06 mois pour les deux types de vaccins.

5.2. Séro-Vaccinothérapie chez des personnes préalablement vaccinées soit après une première exposition soit dans le cadre de la vaccinoprofylaxie des personnels exposés (personnel de laboratoire, abattoirs, vétérinaires, éleveurs....)

5.2.1. Si la vaccination antérieure a été pratiquée par le vaccin préparé sur culture cellulaire :

Vacciner avec le vaccin préparé sur culture cellulaire selon le tableau 6.

**Tableau 6 : Traitement avec le vaccin préparé sur culture cellulaire :**

- SEROLOGIE PRATIQUEE ET TITRE SUFFISANT 0,5 UI/ml  OU - VACCINATION PREALABLE DATANT DE MOINS 1 AN	- SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU - TITRE INSUFFISANT OU VACCINATION DATANT ENTRE 1 ET 5 ANS	VACCINATION DATANT DE PLUS DE 5 ANS
Deux injections à J0 et J3 et arrêt du traitement	Trois injections : J0, J3 et J7	Reprendre la vaccination à Zéro

Si le vaccin préparé sur culture cellulaire est non disponible reprendre la vaccination selon le protocole suivant :



**Tableau 7 : Traitement avec le vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveaux nés :**

- SEROLOGIE PRATIQUEE ET TITRE SUFFISANT	- SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU VACCINATION DATANT DE MOINS D'UN AN	- SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU VACCINATION DATANT DE MOINS D'UN AN
Une injection de rappel à J0 en ID. Adulte : 0,25 ml Enfant : 0,1 ml	Une injection de rappel à J0 en ID. Adulte : 0,25 ml Enfant : 0,1 ml	Quatre injections de rappel à J0-J10-J20-J9 ID. Adulte : 0,25 ml Enfant : 0,1 ml

**2.2. Si la vaccination antérieure a été pratiquée par la vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveau-nés :**

Vacciner avec le vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveau-nés selon le tableau 8.

**Tableau 8 : Traitement avec le vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveau-nés.**

- SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU DATE DE DERNIER RAPPEL DATANT DE MOINS DE SIX MOIS	SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU DATE DE DERNIER RAPPEL DATANT ENTRE SIX MOIS ET UN AN
Deux injections de rappel à J0-J10 en ID. Enfants âgé de 0 jour-4 ans révolus : 0,1ml Enfants âgé de 5 ans et plus et adulte : 0,25ml	Reprendre la vaccination à Zéro

Si le vaccin préparé sur cerveaux de souriceaux nouveaux nés est non disponible, reprendre le vaccin préparé sur culture cellulaire selon le tableau 9.

**Tableau 9 : Traitement avec le vaccin préparé sur culture cellulaire**

SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU VACCINATION DATANT DE MOINS DE SIX MOIS	SEROLOGIE NON PRATIQUEE OU VACCINATION DATANT DE MOINS DE SIX MOIS
Une injection de rappel à J0 de 1ml en IM - Enfants âgés de 0 à 4 ans révolus : à la face antérolatérale externe muscle de la cuisse. - Enfants âgés de plus de 5 ans et adulte : au niveau du deltoïde.	Reprendre la vaccination à Zéro.

**5.3. MORSURE DE RONGEURS OU TOUT AUTRE ANIMAL SAUVAGE :**

Toute morsure de rongeur (rat, souris, etc....) est considérée comme suspecte et le sujet doit bénéficier d'une vaccination sans sérothérapie.

Pour toute morsure par des animaux sauvages, l'individu doit bénéficier obligatoirement d'une séro-vaccinothérapie.

**5.4. CHIENS VACCINES OU AUTRES ANIMAUX :**

Même sur présentation du carnet de vaccination, il faut toujours mettre en observation l'animal mordeur pendant 15 jours et **pratiquer la vaccination antirabique jusqu'au 15ème jour d'observation si l'animal mordeur est sain interrompre la vaccination et poursuivre si le diagnostic de rage animale est confirmé (voir tableau récapitulatif).**

**5.5. PERSONNES IMMUNODERPRIMEES :**

La vaccination se fait par le vaccin fabriqué sur culture cellulaire.

**5.6. VACCINATION INTERROMPUE :**

Devant toute interruption de la vaccination, pour le vaccin préparé sur cerveau de souriceaux nouveau-nés : la reprendre au début. Pour le vaccin préparé sur culture cellulaire : - le titre d'anticorps protecteur est atteint chez presque tous les sujets après une série de 3 injections ; poursuivre la vaccination.

- Si moins de 3 injections reprendre la vaccination au début.

**5.7. PERSONNE MORDUE UNE DEUXIEME FOIS :**

Pour toute personne mordue une deuxième fois après avoir terminé sa série de vaccination, se référer à la conduite à tenir décrite au point E. 2 en tenant compte du type de vaccin utilisé.

**5.8. FEMMES ENCEINTES :**

Pas de contre indication à la vaccination car le risque vital est en jeu.

**6. CENTRES ANTIRABIQES DE REFERENCES :**

- INSTITUT PASTEUR D'ALGERIE.....021 67 23 44.
- EHS EL HADI FLICI (EX EL KETTAR).....021 96 29 97.
- TELEPHONE VERT 115
- SERVICE DES MALADES INFECTIEUSES, CHU DE ANNABA...038 86 84 36.  
038 86 36 95.

**7. CENTRES DE VACCINATION ANTIRABIQUE :**

- **Dans les secteurs sanitaires :**

Au minimum : un centre de vaccination ou unité antirabique par secteur sanitaire. Son siège sera situé de préférence dans la polyclinique de garde ouverte 24h sur 24h et 7 j sur 7.

Cette unité sera placée sous le contrôle technique du service d'Epidémiologie et de Médecine préventive (SEMEP).

- **Dans les CHU :**

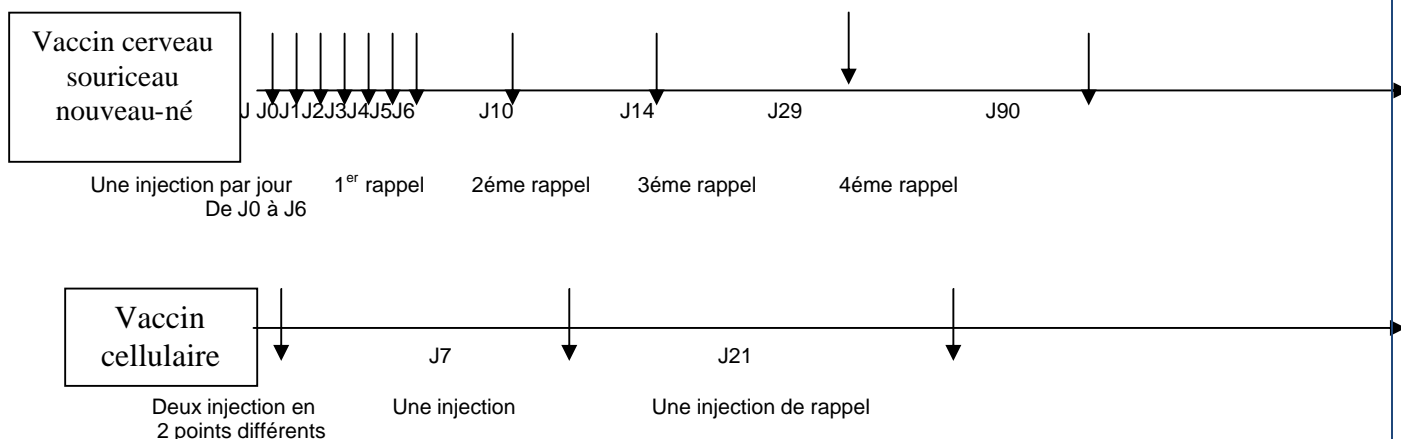
La prévention contre la rage et la vaccination des personnes mordues sera placée sous le contrôle du SEMEP en collaboration avec les services de maladies infectieuses, de médecine interne et des urgences.

**TABLEAU RECAPITULATIF DE LA CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS DE MORSURE**

NATURE DE LA BLESSURE OU GRADE DU CONTACT	ETAT DE L'ANIMAL MORDEUR		CONDUITE A TENIR
	Au moment de la blessure	Mise en observation	
<b>GRADE I</b> <u>Absence de blessure ou de contact direct</u> <u>Ou léchage sur peau saine</u>	Animal enragé ou sain	Enragé ou sain	Pas de traitement Soins locaux
<b>GRADE II</b> Léchage sur peau lésée, morsures, griffures bénignes siégent ailleurs qu'à la tête, aux extrémités et aux organes génitaux	Apparement Sain  Ou Signes suspects de rage	Signes non confirmés : Animal sain  Apparition de signes de rage confirmée	Soins locaux-vaccin DT- ATB Traitement vaccinal immédiat, qui sera arrêté au 15ème jour d'observation si animal sain; et poursuivi si rage confirmée
	Enragé, inconnu, non examiné		Soins locaux-vaccin DT-ATB Traitement vaccinal immédiat et complet
<b>GRADE III</b> Morsures graves : Morsure siégeant à la face, à la tête, au cou, aux mains, aux pieds, aux organes génitaux. Morsures profondes ou multiples ou morsure par animal sauvage. Léchage ou contamination des muqueuses en particuliers oculaires	Apparement sain  Ou Signes suspects de rage	Oui Signes non confirmés : animal sain  Apparition de signes de rage confirmés	Soins locaux-vaccin DT-ATB Sérothérapie immédiate (1 <sup>er</sup> jour) et vaccination arrêtée le 15ème jour si animal sain  Sérovaccination Sérothérapie immédiate (1 <sup>er</sup> jour) et vaccination complète
	Enragé, inconnu non examiné sauvage	NON	Sérothérapie immédiate (1 <sup>er</sup> jour) et vaccination complète

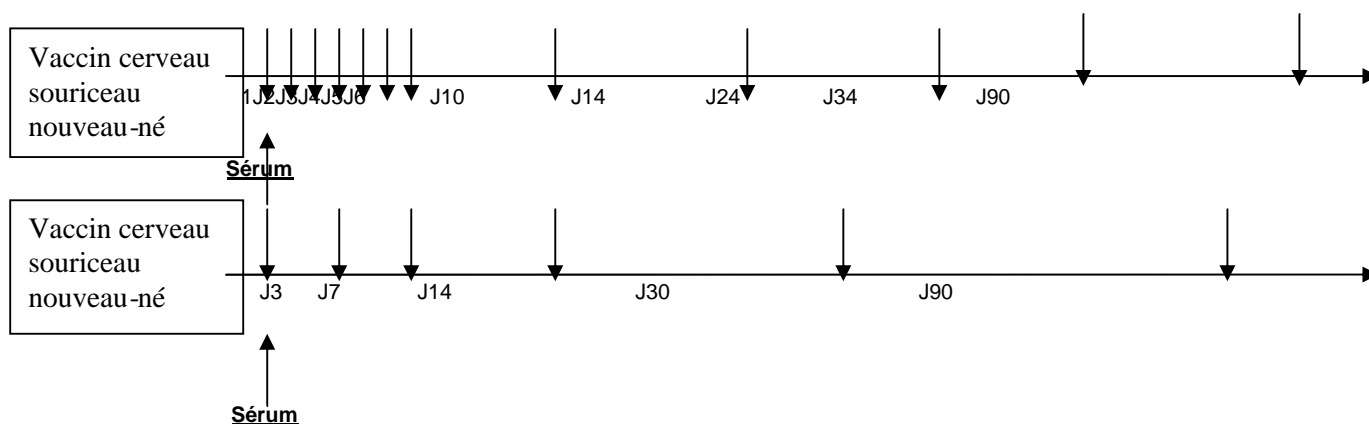
## 1. SCHEMA RECAPITULATIF DE LA VACCINATION ANTIRABIQUE DES 2 TYPES DE VACCINS

### Vaccination seule (grade II)



## 2. SCHEMA RECAPITULATIF DE LA SEROVACCINATION ANTIRABIQUE DES 2 TYPES DE VACCINS

### Sérovaccination (grade III)



Telles sont les dispositions à prendre et la conduite à tenir en cas de morsure pour la prévention de la rage humaine. Leur mise en œuvre est impérative et ne doit souffrir d'aucun délai dès que l'indication est posée selon le tableau récapitulatif joint en annexe, qui devra faire l'objet d'un affichage dans toutes les structures de soins d'urgence et centres de vaccination ou unités antirabiques.

Il est impérativement demandé aux personnels prestataires de veiller à l'application rigoureuse de la prophylaxie complète d'attaque ainsi que des rappels en fonction du vaccin utilisé (vaccin préparé sur cerveau de souriceaux nouveaux nés, ou vaccin sur culture cellulaire).

La vaccination fait partie des programmes nationaux de prévention et, à ce titre, elle est gratuite.

Il leur est également demandé d'assurer le suivi complet du sujet mordu au niveau de la même structure de santé si possible, et de s'assurer de la disponibilité du vaccin.

Les actes pratiqués (sérum et vaccins) doivent être mentionnés sur la carte de vaccination de la personne mordue.

Des enquêtes épidémiologiques devront être systématiquement entreprises autour de chaque cas de rage.

La présente instruction doit en tout état de cause faire l'objet de la plus large diffusion à tous les services et unités d'urgence.

Toute difficulté dans son application doit être signalée à la direction de la Prévention (MSPRH) et à l'IPA, concernant l'organisation de la prévention de la rage ou la disponibilité du vaccin et du sérum antirabique.

La Directrice de la Prévention  
**F. BELATECHE**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DE LA SANTE  
DIRECTION DE LA PREVENTION GENERALE

ALGER, le 28 JUIN 1982

N° 324/ MS/ DPG

- A
- Messieurs les directeurs de la santé de wilaya (pour diffusion)
  - Messieurs les directeurs des secteurs sanitaires (pour exécution)

**Objet : A/S démoustication utilisation du LINDANOL (insecticide)**

REFER : ma transmission n° 1022/MS/DPG du 10 juin 1982  
P.J : instruction technique

Additionnellement à ma correspondance visée en référence, j'ai l'honneur de vous adresser ci-joint pour diffusion auprès des secteurs sanitaires une instruction technique relative à l'utilisation du LINDANOL insecticide organo-chloré qui est déjà largement utilisé contre les moustiques adultes à l'aide d'appareils genre TIFAQ ou SWINFOG.

Toutefois, j'attire votre attention sur la nécessité d'alterner l'utilisation de ce produit avec la Malathion solution 50% (trois passages au LINDANOL et le quatrième passage sera fait avec le malathion solution 50%) ceci en vue d'éviter toute résistance à ces produits.

Par ailleurs, je vous rappelle que pour la continuité des opérations de démoustication les APC et les secteurs sanitaires pourront commander directement ce produit auprès des services commerciaux de la SONATRACH. Ils devront prendre en charge toute commande de produit émanant d'eux.

P/ LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION GENERALE  
SOUS DIRECTEUR DE L'HYGIENE DU MILIEU

**SIGNE. DR. A. BOUBAKEUR**

**LINDANOL**

INSECTICIDE  
CONCENTRE EMULSIFIABLE CONTENANT 15% DE LINDANE

Matière active : Lindane (organo-chloré)  
Nom chimique : Hexachlorocyclohexane (isomère gamma)  
Formule chimique : C<sub>6</sub> H<sub>6</sub> CL<sub>6</sub>  
Formulation : Concentré émulsifiable  
Teneur en matière active : 15%  
Solvants : solvant pétrolier, cyclohexanone  
Mode d'action : par contact et ingestion  
Indication d'emploi : mouches, moustiques en traitements extérieurs  
Dose d'emploi : 1 à 2 litres par hectare dilués dans du kérosène (pétrole lampant)  
Utilisation : selon le réglage de l'appareil, il est possible d'appliquer 5 à 10 litres de produit dilué (Lindanol+ pétrole) par hectare

- 1) – Réglage 5 litres / ha : il faut 1 L de Lindanol + 4 L de pétrole (gas-oil)  
ou 2 L de Lindanol + 3 L de pétrole (gas-oil)
- 2) – Réglage 50 L / ha il faut 1 L de Lindanol + 49 L de pétrole (gas-oil)  
ou 2 L de Lindanol + 48 L de pétrole (gas-oil)

En cas de réglage différent, il faut respecter la dose de Lindanol par hectare (1 ou 2 litres selon l'ingestion)

PRECAUTIONS D'EMPLOI : Toxique pour les abeilles, éviter de traiter directement les végétaux.

Pour les manipulations : -

- Eviter tout contact du produit concentré avec la peau et les yeux
- Eviter de respirer le brouillard du produit
- Se laver les mains et le visage après l'utilisation

En cas d'intoxication accidentelle, faire vomir, ne pas faire boire de lait, traitement symptomatique, contacter centre anti-poison.

## ASPERSIONS AVEC DU MALATHION PAR NEBULISATION (FUMIGATION)

### CONSIGNES EN CAS D'INTOXICATIONS

Chaque infirmier sera muni d'une trousse contenant :

- Seringues stériles de 2cc et 5cc
- Aiguilles IM et IV
- Alcool
- Coton hydrophile
- Compresses
- 10 ampoules de sulfate d'atropine
- Tonicardiaque (solucamphre)
- 1 garrot

#### En cas d'intoxication légère :

- Nausées, vertiges, céphalées,

Faire : Atropine ½ mg à 1 mg par voie I.V  
Solucamphre I.M

A placer en observation à l'hôpital

#### Intoxication sévère :

- Vomissements,
- Vertiges,
- Céphalées intenses,
- Dyspnée – Polypnée,
- Extrémités froides.

Faire : Atropine 1 mg à répéter ¼ d'heure après, puis renouveler si nécessaire, à raison d'1/2 mg tous les ¼ d'heure pendant 1 heure.

Dose maxima : 4 mg

Diparcol : 0,25 intramusculaire ou

0,10 dans 10 ml de sérum par voie I.V

Toni-cardiaques : (solucamphre, coramine).

Hospitalisation d'urgence

En cas d'ingestion du produit : Lavage d'estomac avec du charbon animal + traitement précédent.

Hospitalisation d'urgence.

#### ABSOLUMENT CONTRE INDIQUES :

- Morphine
- Esérine,
- Lait,
- Purgatifs,
- Respiration artificielle,
- L'application ou l'absorption de corps gras facilite la diffusion du produit, donc à proscrire

#### MANIPULATION :

Les manipulateurs doivent éviter absolument de porter leurs mains à leur bouche ou à leurs yeux, de fumer ou de manger pendant le travail. Avant de le faire, ils devront se laver soigneusement mains et avant bras.

### MALATOX 50% INSECTICIDE

Matière active : MALATHION (organo-phosphoré)

Nom chimique : Di (ethoxy carbonyl) ethyl co-dimethylphosphorodithioate)

Formule chimique : C 10 H 19 S 2 P

Formulation : Concentré émulsifiable

Teneur en matière active : 50%

Solvants : Solvant pétrolier, cyclohexanone

Mode d'action : par contact et ingestion

Indication d'emploi : mouches et moustiques en traitements extérieurs

Dose d'emploi : 0,5 à 1 litre par hectare dilué dans du kérosène (pétrole lampant)

Utilisation : selon le réglage de l'appareil, appliquer 5 à 50 litres de produit dilué (Malatox+ pétrole)

1) – Réglage 5 litres / ha : 0,5 litre de malatox + 4,5 L de kérosène  
ou 1 L de malatox + 4 L de (gas-oil)

2) – Réglage 50 L / ha il faut 0,5 L de malatox + 49,5 L de kérosène  
ou 1 L de malatox + 49 L de kérosène

En cas de réglage différent, il faut respecter la dose de malatox par hectare

PRECAUTIONS D'EMPLOI : Toxique pour les abeilles, éviter de traiter directement les végétaux en fleur.

- Eviter tout contact du produit concentré avec la peau et les yeux
- Eviter de respirer le brouillard du produit
- Se laver les mains et le visage après l'utilisation
- En cas d'intoxication accidentelle, l'atropine est un antidote à utiliser sous surveillance médicale.

## RECOMMANDATIONS D'UTILISATION DES INSECTICIDES DANS LA LUTTE CONTRE LES LEISHMANIOSES

### Les produits :

Les deux produits insecticides à effet rémanent (deltaméthrine et perméthrine) sont recommandés dans la lutte anti vectorielle. Un des deux produits suivants peut être utilisé dans la lutte contre les leishmanioses. Le mode d'utilisation et la formulation figurent dans le tableau suivant :

INSECTICIDE	Dose D'emploi (g / m <sup>2</sup> )	Rémanence (en mois)	Nombre D'applications	Formulation	Avantages	Inconvénients	Coût moyen du Kg de produit en D.A
DELTAMETHRINE	0,025	6	Une application tous six mois	En poudre mouillable 2,5% (25grammes pour 1 litre d'eau)	Très actif sur les phlébotomes Longue rémanence 30 fois plus actif que la perméthrine	Irritant Toxicité modérée	1.500
PERMETHRINE	0,125	3	Une application tous trois mois	En poudre mouillable 25% (250grammes pour 1 litre d'eau)	Actif action rapide	Rémanence limitée	1.500

### Méthode d'application :

Le produit reconstitué à la concentration indiquée doit être en PULVERISATION (spray) sur les parois des murs des habitations et des chambres.

### Lieux d'application :

- Intradomiciliaire (intérieur des maisons)
- Péridomiciliaire (alentours de maisons, cours, murs des clôtures, étables, caves, bergeries, latrines...)
- Ne pas faire les aspersion dans les cours d'eau (oueds, barrages,.....)
- Les régions concernées par les campagnes d'aspersion sont :  
toutes les habitations et dépendances des communes affectées par les leishmanioses  
les villages situés aux frontières des communes limitrophes.

### Matériel :

Pulvérisateurs individuels portables à compression manuelle (modèle utilisé en agriculture). En moyenne, vingt pulvérisateurs par commune sont nécessaires.

Période des opérations de pulvérisation :

Produit	1 <sup>ère</sup> application	2 <sup>ème</sup> application
Deltaméthrine	entre le 15 Avril et le 15 Mai	1 <sup>er</sup> Septembre
perméthrine	entre le 15 Avril et le 15 Mai	entre le 15 et le 30 Juillet

### Précautions :

Les agents devant exécuter les opérations de pulvérisation doivent porter obligatoirement une tenue de protection (port d'un chapeau, de combinaison de gant et de masque)

Mesures à prendre pendant l'aspersion : ne pas manger, ni boire, ni fumer...

Couvrir les ustensiles de cuisine ou les aliments avec du plastique pour éviter tout contact avec le produit insecticide.

Mesures à prendre après l'opération : lavage soigneux des mains et des parties du corps exposées.

### Autres mesures :

Il est recommandé pour la protection individuelle des citoyens de promouvoir l'utilisation large des moustiquaires.

Pour que la lutte chimique anti vectorielle soit efficace et réussie, il est impératif qu'elle soit accompagnée de mesures d'hygiène et d'assainissement du milieu :

- ramassage et incinération des ordures,
- drainage des eaux usées,
- restauration des maisons vétustes (boucher les fissures des maisons, enlever les amas de pierres etc...) Toutes ces actions nécessitent la participation active des citoyens qui doivent être impérativement informés sur les objectifs des programmes de lutte et les actions à mener.

La participation de la population est un préalable à la réussite du programme de lutte contre les leishmanioses.

**Source : I.P.A / I.N.S.P**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

Le Secrétaire Général  
N° 398/MSPRHSG

11 MAI 2004

**INSTRUCTION RELATIVE A LA PROTECTION DES TRAVAILLEURS  
EXPOSES AUX PESTICIDES DANS LE CADRE DE LUTTE ANTIACRIDIENNE**

**DESTINATAIRES**

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas  
concernées par la  
Mesdames et Messieurs les Directeurs de Secteurs Sanitaires, lutte anti-acridienne

**En communication à :**

Mesdames et Messieurs les Médecins du Travail Inspecteurs et les Responsables des Activités de Médecine du Travail,  
Mesdames et Messieurs les Chefs de Services de médecine du Travail,

**REFERENCES :**

Instruction ministérielle n° 1511 du 24 Octobre 2000 relative à la mise en place du poste de commandement wilaya de lutte anti-acridienne.  
Correspondance n° 524/MSPRH/DP du 28 Mars 2004 relative à la conduite à tenir devant une intoxication.  
Instruction n° 325/MSPRH/SG du 20 Avril 2004 sur la mise en place du poste de commandement wilaya.  
Correspondance n° 366/MSPRH/SG du 5 Mai 2004 relative aux prélèvements pour dosage de cholinestérasés

**OBJET :** Surveillance médicale des travailleurs exposés aux pesticides.

J'ai l'honneur de vous demander d'intégrer dans les meilleurs délais un spécialiste en médecine du travail dans le dispositif de Wilaya de lutte anti-acridienne afin d'assurer le suivi médical des personnels utilisant les pesticides, organiser les opérations de prélèvements sanguins pour le dosage des cholinestérasés et informer et sensibiliser les travailleurs concernés sur les risques liés aux opérations de lutte anti-acridienne.

En complétant des instructions et des dispositions prévues par les circulaires et notes visées en références, il y a lieu de préciser que :

Les travailleurs appelés à utiliser les insecticides organophosphorés devront dans la mesure du possible subir un examen médical avant toute exposition avec prélèvement sanguin pour le dosage de l'activité cholinestérasique afin de déterminer la valeur de base avant exposition.

Les prélèvements sanguins sont à adresser au Centre national de toxicologie à Alger (C.H.U de Bab El Oued).

Pour la surveillance de l'exposition il y a lieu de revoir les travailleurs régulièrement tous les 15 jours afin de dépister précocement d'éventuels signes d'intoxication et de pratiquer une fois par mois, en fin de semaine de travail, les prélèvements sanguins pour le dosage de l'activité cholinestérasique.

Toute diminution du taux de 30 % de l'activité cholinestérasique globulaire ou de 50 % de l'activité cholinestérasique doit entraîner une éviction et l'exclusion des opérations de désinsectisation pendant 2 à 3 mois.

La réexposition ne doit être autorisée qu'après retour du taux à 80 % de la valeur de base.

Le traitement des éventuelles intoxications par pesticides nécessite la disponibilité des antidotes à assurer par le Poste de Commandement de Wilaya (P.C.W), à raison d'un lot ou kit par tranche de 10 travailleurs utilisant les pesticides, comprenant pour le traitement des intoxications aux insecticides organophosphorés :

Sulfate d'atropine : 50 Ampoules

Pralidoxime (Contrathion) : 15 flacons de 200 mg

Le schéma thérapeutique à utiliser le plus précocement possible après l'intoxication, en plus des mesures de réanimation et de décontamination est le suivant :

\* Traitement vagolytique, à instaurer dès que la cyanose a disparu : 2 à 4 mg de sulfate d'atropine par voie intra-veineuse toutes les 10 à 30 mn jusqu'à apparition de la rougeur de la face et de sécheresse de la peau et des muqueuses, en contrôlant la dilatation pupillaire.

\* Le traitement régénérateur des cholinestérasés qui complète l'action de l'atropine.

Il fait appel au Pralidoxime (Contrathion) qui se présente en flacons de 200 mg à l'état sec, à utiliser en solution dans du soluté isotonique de chlorure de sodium.

La première injection de 200 à 400 mg (1 à 2 flacons) est administrée en injection intra-veineuse lente (1 ml par mn) ou perfusion dans un sérum glucosé ou chlorure isotonique en 20 mn.

La seconde injection de 200 mg sera effectuée 30 mn plus tard.

Les injections ultérieures de 200 mg sont pratiquées toutes les 4 à 6 heures.

La dose maximale ne doit pas dépasser 1g en une fois et 3 g par 24 h.

#### **- Déclaration des cas d'intoxication**

Tout cas d'intoxication par les pesticides doit être signalé dans les Rapports transmis au Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière et faire l'objet également d'une déclaration de maladie professionnelle à l'agence C.N.A.S concernée, au titre du Tableau n°34 des maladies professionnelles indemnissables qui concerne les troubles digestifs, respiratoires, nerveux, vasculaires ou biologique liés aux organophosphorés, les phosphoramides et les carbamates.

Le diagnostic doit être par un abaissement significatif des cholinestérases (sauf pour les carbamates) et le délai de prise en charge est de 7 jours.

Le Secrétaire Général

**Rachida BENKHELIL**



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات  
**MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DES ACTIONS  
**SANITAIRES SPECIFIQUES**  
N° 924/MSPRH/DASS

ALGER LE 24 DEC 2004

Mesdames et Messieurs les Directeurs  
de la santé et de la population  
des wilayas concernées par la lutte anti-acridienne

**OBJET : Surveillance médicale des travailleurs exposés aux pesticides dans le cadre de la lutte anti-acridienne.**

**REF :** Instruction MSPRH/SG N° 398 du 11 Mai 2004.

J'ai l'honneur d'attirer votre attention sur la nécessité d'assurer, pour les travailleurs manipulant ou au contact des insecticides organophosphorés par un médecin du travail spécialiste, ou à défaut le médecin généraliste chargé de la médecine du travail, le suivi médical et l'organisation des prélèvements sanguins pour le dosage des cholinestérases, l'interprétation des résultats transmis par le Centre national de toxicologie, et la prise des mesures d'éviction et d'exclusion des opérations de désinsectisation en cas de baisse des cholinestérases sériques  $\geq 50\%$  chez un même travailleur, même en l'absence de signes chimiques.

Une baisse des cholinestérases sériques  $\geq 30\%$  doit faire surveiller de façon particulière le travailleur concerné et le faire exclure du risque s'il y a présence de signes cliniques d'intoxication par les organophosphorés.

La présence de signes cliniques est bien sûr à elle seule un motif d'exclusion du risque en plus de la thérapeutique appropriée. Il y a lieu d'appliquer strictement les dispositions de l'Instruction ministérielle sus-visée et en particulier de pratiquer une fois par mois, en fin de semaine de travail, les prélèvements sanguins pour le dosage des cholinestérases sériques.

Dosage doit être effectué, suivi de dosages tous les mois pour dépister une éventuelle baisse des cholinestérases sériques de l'ordre de  $\geq 50\%$  pour les mesures d'exclusion ou de  $\geq 30\%$  pour la surveillance particulière.

Les travailleurs dont les cholinestérases sont inférieures à 6000 u/l sont à examiner et surveiller de façon particulière, même s'il s'agit d'un premier dosage. Un nouveau prélèvement devra être opéré dans les meilleurs délais les concernant.

Les travailleurs ayant eu un taux particulièrement bas  $< 3500$  u/l, doivent être exclus des opérations par mesure de précaution, en surveillant au bout de 2 à 3 mois la réascension du taux. Un prélèvement pour dosage des cholinestérases sera pratiqué toutes les 3 semaines chez eux.

Dans tous les cas les interprétations de taux devaient se faire en fonction de l'exposition ou non aux insecticides organophosphorés avant le dosage et une attention particulière sera portée à la vitesse avec laquelle baissent les cholinestérases. Ainsi une baisse de l'ordre de 30 % en quelques heures ou jours peut s'accompagner de signes cliniques sévères alors que la même baisse en plusieurs semaines ou mois ne se manifeste pas par des signes cliniques.

- Si le travailleur a eu 2 ou plusieurs dosages l'interprétation des résultats doit impérativement se faire par rapport à la valeur initiale correspondante au premier dosage des cholinestérases et aux valeurs suivantes.

Toute baisse  $\geq 50\%$  des cholinestérases sériques doit entraîner une éviction et l'exclusion des opérations de désinsectisation pendant 2 à 3 mois.

Toute baisse  $\geq 30\%$  doit entraîner une surveillance médicale particulière et être suivie d'exclusion des opérations en présence de signes cliniques.

La réexposition ne doit être autorisée qu'après retour du taux à 80 % de la valeur de base.

Au cas où le taux cholinestérases reste abaissé malgré l'éviction du risque il faut rechercher une étiologie : (insuffisance hépatocellulaire grave, dénutrition, myopathie, déficit congénital).

Le Directeur des Actions Sanitaires Spécifiques  
**Pr A. Semid**

## **Contrôle Sanitaire aux Frontière**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

DIRECTION DE LA PREVENTION

**Le contrôle sanitaire aux frontières**

Suite a l'exploitation des données relatives au fonctionnement et a l'organisation des activités du contrôle sanitaire aux frontières - CSF- et au vu de l'essor de plus en plus considérable que prennent le trafic et les échanges internationaux et de redynamiser le CSF.

A ce titre d'exemple l'entrée en Algérie de citoyens étrangers toutes nationalités confondues s'élèvent uniquement pour le mois de décembre 1993 a 37.650 pour la même période le nombre de citoyens nationaux s'élèvent a 181.160.

L'Algérien moyen voyage de plus en plus fréquemment pour diverses raisons vers de lointaines contrées ou des risques sérieux de maladies transmissibles sont présents et susceptibles de se propager a leur retour au pays. Les importations de produits alimentaires ne sont pas négligeables. Elles pourraient provenir de zones infectées auquel cas un contrôle biologique s impose.

Je vous transmets ci-joint des éléments de programme susceptible de vous aider dans l'élaboration d'un programme local tenant compte des caractéristiques de votre secteur et de vos moyens.

Dans l'attente de la réception de votre programme je reste à votre disposition pour tout complément d'information et d'assistance dans le cadre de la réalisation de votre programme d'action.

Veuillez agréer Monsieur Le Directeur l'expression de mes salutations les plus distinguées.

**LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION**

## LE CONTROLE SANITAIRE AUX FRONTIERES ELEMENTS DE PROGRAMME

**A- CONSIDERATIONS GENERALES:** Les postes sanitaires aux frontières doivent être implantées dans tous les secteurs sanitaires à frontières internationales – maritimes, aériennes et terrestres-  
Les activités du CSF n'étant qu'un prolongement des activités de prévention le poste sanitaire fera partie intégrante du service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive -SEMEP- du secteur sanitaire de rattachement et est placé sous l'autorité du médecin chef de ce service.

Selon l'importance du poste peuvent s'y trouver affectés des médecins spécialistes en épidémiologie des médecins généralistes des techniciens supérieurs de la santé en assainissement et entomologie des techniciens de la santé en soins généraux des agents d'administration ou agents de bureau.

Le poste sanitaire aux frontières doit avoir la possibilité d'une manière intégrée aux structures sanitaires ou à défaut d'une manière autonome de procéder à des examens de laboratoires d'isoler et de traiter rapidement les personnes infectées de procéder ou de faire procéder à la désinfection, désinsectisation et à la dératisation conformément aux mesures prévues par le règlement sanitaire international -ci-joint extrait du règlement.

Enfin le poste sanitaire aux frontières reste le lieu le plus adéquat pour dispenser aux voyageurs internationaux des informations relatives aux risques de santé présents dans certains pays - guides de santé brochures ordonnances etc...

**B- BUT DU PROGRAMME:** Le but du programme d'action relatif au CSF est de permettre aux postes sanitaires frontaliers - algériens terrestres et maritimes- de s'acquitter de la mission qui leur est dévolue dans les meilleures conditions possibles. L'objectif vise étant de prévenir l'installation et la propagation des maladies transmissibles soumises au Règlement Sanitaire International.

La stratégie à adopter sera la surveillance épidémiologique des mouvements de population et de marchandises observés à nos frontières. Cette stratégie devrait permettre l'identification et l'élimination des sources d'infections et faire en sorte qu'il y ait peu de risques qu'une infection venue de l'extérieur puisse s'implanter et se disséminer sur le territoire national.

### **C. OBJECTIFS OPERATIONNELS:**

1. Réorganiser la répartition des moyens humains et matériels en fonction des postes sanitaires existants en créant d'autres si besoin est.
2. Mettre en place les moyens pour promouvoir les activités et tâches du CSF,
3. Adapter les recommandations et les activités du CSF telles qu'elles sont définies par la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé - titre II chapitre III \*- prévention et lutte contre les maladies transmissibles- et par le règlement sanitaire international et aux réalités du terrain.
4. Initier des contacts étroits et permanents avec les secteurs concernés - douanes- agriculture etc...- pour des échanges d'information et définition des tâches à exécuter en commun.

**D. MOYENS HUMAINS ET MATERIELS:** Les moyens humains et matériels seront définis selon les paramètres suivants.

- destination et provenance des voyageurs
- importance du trafic - nombre de personnes qui transitent
- importance des échanges enregistrés
- distance séparant deux postes sanitaires frontaliers

**Moyens Humains:** L'équipe du contrôle sanitaire aux frontières se composera selon les paramètres cités ci-dessus des éléments suivants:

- médecins
- TSS en soins ou à défaut TS
- TSS en assainissement et entomologie ou à défaut TS ou TSS recyclés
- agents d'administration
- chauffeur et autres personnels de soutien

**Moyens Matériels:** Tenant compte des paramètres cités ci-dessus le poste frontalier doit disposer.

**A/ d'une structure comprenant :**

- Une salle pour les consultations -urgences et soins médicaux
- Une salle d'observation médicale comprenant quelques lits d'hospitalisation qui pourraient servir de salle d'isolement temporaire.
- Une salle de vaccination anti-amarille - fièvre jaune- si dans les environs du poste il n'existe pas de structure sanitaire dispensant une telle vaccination et si le poste assure un passage vers les pays endémiques.

**B/ de matériel servant à la :**

- désinfection
- dératisation

**C/ de moyens de communications rapides :**

- téléphone
- télex
- télécopieur - fax-

**D/ de moyens de déplacements adéquats -véhicule utilitaire- ambulance- moyens de déplacement en mer-.**

DIRECTION DE LA PREVENTION

N° 824 MSP / D.P

ALGER Le, 09 OCT 1999

MONSIEUR LE DIRECTEUR  
DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

Afin d'amener le maximum de sécurité vis à vis des voyageurs contre la propagation des maladies d'un pays à l'autre, les autorités sanitaires devraient veiller à ce que les mesures sanitaires prescrites par le règlement sanitaire international soient appliquées scrupuleusement.

Pour cela, la direction du service de prévention souhaiterait diffuser largement au niveau de tous les postes de contrôle sanitaire aux frontières se rattachant à votre wilaya, quelques articles figurant au règlement sanitaire international.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

Pr : J.P GRANGAUD

**Article 14 :** Les administrations sanitaires font en sorte que les ports et les aéroports de leur territoire soient pourvus d'une organisation et d'un outillage adéquats pour permettre l'application des mesures prévues au règlement.  
Tout port ou aéroport doit disposer d'eau potable et de denrées alimentaires saines, de provenances approuvées par l'administration sanitaires, à l'usage et pour la consommation du public, soit à terre, soit à bord des navires ou des aéronefs. L'eau potable et les denrées alimentaires sont conservées et manipulées dans des conditions propres à les protéger de toute contamination. L'autorité sanitaire inspecte périodiquement le matériel, les installations et les locaux, et prélève des échantillons d'eau et de denrées alimentaires, qui sont soumis à des examens de laboratoire afin de vérifier que les dispositions de présent article sont respectées.

Tout port ou aéroport doit disposer d'un système efficace pour évacuer et rendre inoffensives les matières fécales, les ordures ménagères, les eaux usées, ainsi que les denrées alimentaires impropres à la consommation et autres matières reconnues dangereuses pour la santé publique.

**Article 15 :** Le plus grand nombre possible de ports et d'aéroports d'un territoire donné doit pouvoir disposer d'un service médical et sanitaire comportant le personnel, le matériel et les locaux nécessaires et, en particulier, les moyens pour isoler et traiter rapidement les personnes infectées, pour procéder à des désinfections, désinsectisations et dératisations, à des examens bactériologiques, à la capture et à l'examen des rongeurs pour la recherche de l'infection pesteuse, à des prélèvements d'échantillons d'eau et de denrées alimentaires ainsi qu'à leur expédition à un laboratoire pour examen, enfin pour appliquer toutes autres mesures appropriées prévues au règlement.

**Article 16 :** L'autorité sanitaire du port ou de l'aéroport :

Prend toutes mesures utiles pour maintenir les installations du port ou de l'aéroport exemptes de rongeurs ;

Fait tous efforts pour mettre à l'abri des rats les installations du port ou de l'aéroport.

**Article 18 :**

1 - Selon l'importance du trafic international de leur territoire, les administrations sanitaires désignent comme aéroports sanitaires un certain nombre d'aéroports sanitaires de ce territoire, étant entendu que les aéroports ainsi désignés doivent satisfaire aux conditions énoncées au paragraphe 2 du présent article, ainsi qu'aux dispositions de l'article 14.

2 - Tout aéroport sanitaire doit disposer :

d'une organisation médicale comportant le personnel, le matériel et les locaux nécessaires.

des moyens voulus pour transporter, isoler et traiter les personnes infectées ou les suspects.

des moyens nécessaires pour une désinfection et une désinsectisation efficaces, pour la destruction des vecteurs et des rongeurs, ainsi que pour l'application de toute autre mesure appropriée prévue au règlement.

d'un laboratoire bactériologique ou des moyens voulus pour l'envoi des matériels suspects à un tel laboratoire.

des moyens nécessaires, soit à l'intérieur soit à l'extérieur de l'aéroport, pour la vaccination contre la fièvre jaune.

**Article 19 :**

1 - Tout port, de même que la superficie comprise dans le périmètre de tout aéroport est maintenu exempt d'aedes aegypti à l'état immature ou à l'état adulte et de moustiques vecteurs du paludisme ou d'autres maladies revêtant une importance épidémiologique pour le trafic international. A cette fin, des mesures de déoustication sont appliquées régulièrement dans une zone de protection s'étendant sur une distance d'au moins 400 mètres autour du périmètre.

2 - Dans la zone de transit direct d'un aéroport situé soit dans une zone où se trouvent les vecteurs mentionnés au paragraphe 1 du présent article, soit dans le voisinage immédiat d'une telle zone, tous les locaux destinés à recevoir des personnes ou des animaux sont mis à l'abri des moustiques.

3 – Aux fins du présent article, le périmètre d'un aéroport désigne la ligne qui circonscrit la zone où se trouvent les bâtiments de l'aéroport et le terrain ou plan d'eau servant ou destiné à servir au stationnement des aéronefs ;

**Article 25 :** La désinfection, la désinsectisation et toutes autres opérations sanitaires sont exécutées de manière :  
à éviter toute gêne inutile et à ne causer aucun préjudice à la santé des personnes.

à ne causer aucun dommage à la structure du navire, aéronef ou autre véhicule ou à ses appareils de bord.

à éviter tout risque d'incendie.

En exécutant ces opérations sur les cargaisons, marchandises, bagages, conteneurs et autres objets, les précautions voulues sont prises pour éviter tout dommage.

**Article 36 :** L'autorité sanitaire d'un port ou d'un poste frontière peut soumettre à la visite médicale à l'arrivée tout navire, aéronef, train, véhicule routier, autre moyen de transport ou conteneur, ainsi que toute personne effectuant un voyage international.

Dans un pays où l'administration sanitaire doit faire face à des difficultés spéciales qui peuvent constituer un grave danger pour la santé publique, il peut être exigé de toute personne effectuant un voyage international qu'elle indique par écrit, à l'arrivée, son adresse de destination.

**Article 46 :** Les cargaisons et marchandises ne sont soumises aux mesures sanitaires prévues au présent règlement que si elles proviennent de zones infectées et si l'autorité sanitaire a des raisons de croire que ces cargaisons et marchandises peuvent avoir été contaminées par l'agent causal d'une des maladies soumises au règlement ou constituer un facteur de propagation de l'une de ces maladies.

Les marchandises, autres que les animaux vivants, qui passent en transit sans transbordement ne sont soumises à aucune mesure sanitaire ni retenues aux ports, aéroports ou stations frontières.

La délivrance d'un certificat de désinfection pour les marchandises faisant l'objet d'un commerce entre deux pays peut être réglée par des arrangements bilatéraux entre le pays exportateur et le pays importateur.

**Article 54 :** Dans des circonstances épidémiologiques exceptionnelles, quand la présence de rongeurs est soupçonnée à bord, un aéronef peut être désinsectisé et dératé.

**Article 57 :** À l'arrivée d'un navire infecté ou suspect, ou d'un aéronef infecté, l'autorité sanitaire peut appliquer les mesures suivantes :

Désinsectisation et surveillance des suspects, la surveillance ne devant pas durer plus de six jours à compter de l'arrivée ;

Désinsectisation et, au besoin, désinfection ;

des bagages des personnes infectées ou des suspects ;

de tout autre objet, tel que literie ou linge ayant servi, et de toute partie du navire ou de l'aéronef qui sont considérés comme contaminés.

**Article 67 :** La possession d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire pour toute personne employée dans un port ou un aéroport situé dans une zone infectée, ainsi que pour tout membre de l'équipage d'un navire ou d'un aéronef qui utilise ce port ou cet aéroport.

Les aéronefs quittant un aéroport situé dans une zone infectée sont désinsectés conformément à l'article 25, à moins que l'autorité sanitaire de l'aéroport d'arrivée n'exige pas cette partie de la déclaration générale d'aéronef. Les États intéressés acceptent la désinsectisation pratiquée en cours de vol au moyen du dispositif approuvé de désinsectisation par vapeurs.

Les navires quittant un port situé dans une zone où *Aedes aegypti* a été éliminé sont maintenus exempts d'*Aedes aegypti* à l'état immature ou à l'état adulte.

Les aéronefs quittant un aéroport où *aedes aegypti* est présent à destination d'une zone où *aedes aegypti* a été éliminé sont désinsectés conformément par l'organisation.

**Article 68 :** L'autorité sanitaire d'une zone où le vecteur de la fièvre jaune est présent peut exiger qu'une personne effectuant un voyage international, d'une zone infectée et qui n'est pas munie d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune, soit isolée jusqu'à ce que le certificat devienne valable ou que six jours au plus se soient écoulés à compter de la dernière exposition présumée à l'infection, la période la plus courte étant retenue.

**Article 71 :** A l'arrivée d'un navire ou d'un aéronef infecté ou suspect, l'autorité sanitaire peut :

dans une zone où le vecteur de la fièvre jaune est présent, appliquer à l'égard de tout passager ou membre de l'équipage quittant le bord sans être muni d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune, les mesures visées à l'article 68 .

procéder à l'inspection du navire ou de l'aéronef et à la destruction totale d'*Aedes aegypti* ou d'autres vecteurs de la fièvre jaune. Dans une zone où le vecteur de la fièvre est présent, il peut en outre exiger que le navire, jusqu'à exécution de ces mesures, reste à quatre cents mètres au moins de la terre.

Le navire ou aéronef cesse d'être considéré comme infecté ou suspect quand les mesures prescrites par l'autorité sanitaire, ont été dûment exécutées. Le navire ou l'aéronef est dès lors admis à la libre pratique.

#### **D- CONSEILS A DONNER PAR LES PRESCRIPTEURS AUX PARENTS DE JEUNES ENFANTS.**

Les enfants sont particulièrement exposés car ils peuvent vite tomber gravement malades à la suite d'une infection paludéenne. N'emmener des nourrissons ou de jeunes enfants dans une zone impaludée qu'en cas d'absolue nécessité.

Protéger les enfants contre les piqûres de moustiques. Ne pas retirer la moustiquaire entre le coucher et le lever du soleil.

Appliquer une prophylaxie aux nourrissons allaités au sein ou au biberon car ils ne sont pas protégés par celle suivie par la mère.

La chloroquine et le proguanil peuvent être administrés sans danger aux nourrissons et aux jeunes enfants, on peut écraser les médicaments et les mélanger à de la confiture.

Calculer la dose d'antipaludique en divisant la dose pour adulte en fonction de l'âge ou du poids de l'enfant.

Ne pas donner de Sulfadoxine – Pyriméthamine (Fansidar) aux nourrissons de moins de deux mois.

ne pas donner de Doxycycline (Vibramycine) à titre prophylactique aux enfants de moins de huit ans Garder les antipaludiques dans les récipients que les enfants ne peuvent ni atteindre, ni ouvrir. La chloroquine est particulièrement toxique pour les enfants si l'on dépasse la dose recommandée.

10- Consulter immédiatement un médecin si un enfant fait une fièvre, apprendre que les symptômes du paludisme chez les enfants peuvent être atypiques, aussi devrait-on toujours songer au PALUDISME et consulter au moindre doute, on devrait suspecter le PALUDISME même en cas de maladie non fébrile.

#### **E- CONSEILS A DONNER PAR LES PRESCRIPTEURS AUX PERSONNES QUI ONT L'INTENTION DE SEJOURNER DANS UNE ZONE IMPALUDEE PENDANT PLUS D'UN MOIS.**

L'autoprotection contre les piqûres de moustiques doit être constante.

poursuivre la prophylaxie antipaludique recommandée à moins qu'un médecin local spécialisé dans le paludisme ne suggère une solution de remplacement plus efficace. La posologie ne devrait pas être réduite.

toujours disposer d'antipaludiques qui serviront à un traitement d'urgence dans le cas où un médecin ne pourrait être rapidement consulté.

toute personne ayant pris 300 mg de CHLOROQUINE par semaine pendant plus de cinq devrait se soumettre, deux fois par an, à un examen pour le dépistage de modifications précoces de la rétine.

## MESURES DE PROTECTION CONTRE LE PALUDISME A L'ATTENTION DES VOYAGEURS

Les voyageurs qui se rendent dans les pays et zones impaludés sont souvent exposés au risque d'infection, aussi l'information des voyageurs sur les mesures préventives a prendre quand ils pénètrent dans une région impaludée ou la quittent est primordiale quant à la prise en charge réelle du voyageur d'où l'importance de la connaissance de différentes lignes de contrôle.

### A – LISTE DE CONTROLE POUR LES PRESCRIPTEURS

Les voyageurs se rendent dans des zones où il y a risque de paludisme devraient :

Etre renseignée sur le degré de risque, les femmes enceintes et les parents emmenant de jeunes enfants devraient s'interroger sur l'opportunité de leur voyage.

Savoir comment se protéger contre les piqûres de moustiques.

Savoir qu'ils peuvent contracter le paludisme malgré la prophylaxie antipaludique.

Savoir que le paludisme peut être mortel si le traitement est différé, qu'il doit consulter sans retard en cas de fièvre, et il est nécessaire de prélever et d'examiner une ou plusieurs fois, un échantillon de sang pour rechercher les parasites du paludisme .

Signaler leurs allergies à tel ou tel médicament et toute autre problème de santé. En cas d'antécédents connus d'allergie, il ne faudrait jamais leur prescrire des médicaments analogues, si une allergie est suspectée, demander au patient de prendre sans tarder les médicaments à titre prophylactique et vérifier le résultat avant le départ.

Savoir comment prendre les antipaludiques prescrits à titre prophylactique.

Savoir que la prophylaxie doit être poursuivie pendant les six (06) semaines qui suivent le retour au pays.

Savoir que certains antipaludiques peuvent avoir des effets secondaires graves et qu'en pareil cas il faut consulter sans tarder un médecin. De légères nausées des vomissements occasionnels ou des selles liquides ne devraient pas entraîner l'arrêt de la prophylaxie, Cependant un médecin devrait être consulté.

Savoir que les symptômes du paludisme peuvent souvent être bénins et qu'il faut suspecter la maladie dès qu'une fièvre se déclare, accompagnée ou non d'autres symptômes et consulter immédiatement.

Savoir que s'ils ont eu, ou ont été suspectés d'avoir, le paludisme pendant un séjour en zone d'endémie, ils devraient subir un contrôle médical à leur retour dans leurs pays d'origine.

### B- PROTECTION CONTRE LES PIQURES DE MOUSTIQUES :

Les mesures suivantes permettent de réduire le risque de piqûres de moustiques :

éviter, si possible, de sortir entre le coucher et le lever du soleil, car les moustiques piquent d'ordinaire pendant cette période, si l'ont sort la nuit, porter les vêtements à manches longues et des pantalons longs, et éviter les couleurs sombres qui attirent les moustiques.

Enduire les parties exposées du corps d'un insectifuge.

Fermer les portes et les fenêtres la nuit si l'on ne peut pas protéger au moyen d'un treillis.

Si les moustiques peuvent pénétrer dans la chambre, placer une moustiquaire autour du lit en la fixant sous le matelas et en s'assurant qu'elle n'est pas trouée et qu'aucun moustique n'a été retenu à l'intérieur, pour une meilleure protection, on peut imprégner la moustiquaire de perméthrine ou de deltaméthrine.

Pulvériser des insecticides, utiliser des diffuseurs d'insecticides qui sont pourvus de plaquettes imprégnées de pyréthrinoides, ou faire brûler dans les chambres la nuit des serpentins anti-moustiques contenant des pyréthrinoides.

### C- CONSEIL A DONNER PAR LES PRESCRIPTEURS AUX FEMMES ENCEINTES ET AUX FEMMES EN AGE DE PROCREER.

Femmes enceintes

1- le paludisme chez une femme enceinte accroît le risque de décès maternel, de décès néonatal, de fausse couche et de mortin - naissance.

2- Ne se rendre dans une zone impaludée qu'en cas d'absolue nécessité.

3- Appliquer scrupuleusement les mesures de protection contre les piqûres de moustiques.

4- Prendre de la chloroquine ou proguanil à titre prophylactique.

5- Ne pas prendre de Méfloquine ou de Doxycycline à titre prophylactique.

Consulter immédiatement un médecin si l'on suspecte le paludisme

Femmes non enceintes

1- elles peuvent prendre de la Méfloquine à titre prophylactique, mais doivent éviter toute grossesse pendant les trois mois qui suivent l'arrêt de la prophylaxie.

2- En cas de grossesse pendant la prophylaxie antipaludique, le médecin traitant doit se renseigner sur les risques auprès des fabricants des médicaments en cause, à l'exception de la chloroquine et du proguanil.

Direction de la Prévention

**INSTRUCTION N° 778 MSPRH / DP / DU 29 JUIL 2003**  
**RELATIVE AUX MESURES DE DERATISATION AU NIVEAU**  
**D'UN NAVIRE OU UN AERONEFS.**

Destinataires :

- \* DSP des wilayas aéroportuaires (pour exécution)
- \* Ministère des Transports (pour information)

Références :

Règlement Sanitaire International  
Voyages internationaux et Santé

P.J. : Annexes 1, 2,3

L'objectif de cette fiche technique est de définir les méthodes de dératisation et de désinsectisation et de rappeler les mesures sanitaires telles que définies par le Règlement Sanitaire International afin de s'inscrire dans le dispositif de lutte contre l'épidémie de peste déclarée dans une localité de la wilaya « Oran ».

I- REGLES GENERALES DE DERATISATION D'UN NAVIRE. (Voir annexe 1)

- 1- Les navires doivent être périodiquement dératisés.
- 2- Ils doivent être maintenus en permanence exempts de rongeurs et vecteurs de la peste.
- 3- L'autorité sanitaire d'un port doit faire effectuer l'opération de dératisation par des services spécialisés sous sa direction et son contrôle.
- 4- la dératisation doit être effectuée de manière à éviter autant que possible tout dommage au navire et à sa cargaison.
- 5- Elle se fait en cale vide ou avant chargement pour les navires sur lest.
- 6- Quand la dératisation a été exécutée à sa satisfaction ; l'autorité sanitaire délivre un certificat de dératisation dont la durée de validité est de 6 mois.
- 7- Le navire doit être contrôlé même si l'autorité du navire présente un certificat encore valide.

II- METHODE DE DERATISATION

La destruction des puces de rongeurs par désinsectisation doit précéder ou accompagner les mesures de lutte antimurine dératisation.

1- Rechercher la présence de rongeurs dans le navire au niveau des stocks de vivres, des cales et des garages par :

La présence de taches foncées et grasses.

La présence de l'empreinte de la queue et des pattes dans la poussière.

L'absence totale de poussière sur le dessus d'un tuyau ou l'absence de toiles d'araignées dans le coin d'un local.

La présence de déjections surtout près des sources de nourriture.

En absence de traces évidentes, il faut étaler de nombreuses plaques de poudre de talc.

2- Reconnaître l'espèce Voir annexe 2

3-Déterminer le mode de destruction

Désinsectisation ou destruction des puces vectrices

Les produits les plus fréquemment utilisés sont la Perméthrine et la Deltaméthrine, ils sont efficaces contre les puces adultes et leurs larves.

(Voire annexe 3).

Les poudres sont la formalisation de choix. Les rongeurs traversant des taches de poudre sur leurs pistes, la ramassent dans leur fourrure et la répandent lorsqu'ils se lèchent, tuant ainsi les ectoparasites des puces.

Les taches de poudre de 15 à 30 cm de largeur sont disposées sur le passage des rats de long murs, des poutres et autant que possible à des endroits ou elles ne sont pas touchées par un activité humaine.

b) Destruction des rongeurs réservoirs

Le procédé de choix pour la dératisation des navires est la fumigation. Elle est très efficace car le gaz pénètre dans les parties les plus inaccessibles des structures. Pour donner au gaz le temps d'agir, toutes les ouvertures seront fermées et les petites fissures colmatées.

La fumigation est un procédé extrêmement dangereux qui ne doit être employé que par des spécialistes.

On utilise aussi le chlérate en appâts :

En nombre et en volume suffisant

A dose convenable du poison

De fréquence de renouvellement de l'appât respectée.

III DERATISATION D'UN AERONEF

Dans des circonstances épidémiologiques exceptionnelles, quand la présence de rongeurs est soupçonnée à bord, un aéronef peut être dératisé.

IV – RISQUE POUR LES VOYAGEURS

Le risque est généralement faible. Les voyageurs qui se rendent dans des zones rurales de régions d'endémie peuvent toutefois être exposés, en particulier s'ils campent ou chassent ou s'ils ont des contacts avec des rongeurs.

Il existe un vaccin contre la peste bubonique mais il est exclusivement réservé aux personnes fortement exposés à la peste du fait de leur profession.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION



## **Annexe 1**

### **TITRE V – DISPOSITIONS PROPRES A CHACUNE DES MALADIES SOUMISES AU REGLEMENT**

#### **Chapitre 1- Peste**

**Article 50 :** Aux fins du présent Règlement, la période d'incubation de la peste est fixée à six jours.

**Article 51 :** La vaccination contre la peste ne continue pas une condition mise à l'admission d'une personne dans un territoire.

**Article 52 :** 1 - Les Etats emploient tous les moyens en leur pouvoir pour diminuer le danger de propagation de la peste par les rongeurs et leurs ectoparasites. Leurs administrations sanitaires se tiennent constamment renseignées, par la collecte systématique et l'examen régulier des rongeurs et de leurs ectoparasites, sur la situation existant dans les zones – les ports et aéroports notamment – infectées de peste des rongeurs ou suspectes de l'être.

Pendant le séjour d'un navire ou aéronef dans un port ou aéroport infecté de peste, des mesures spéciales sont prises pour éviter que des rongeurs ne pénètrent à bord.

**Article 53 :** 1. **Les navires sont :**

maintenus de façon permanente dans des conditions telles qu'il n'y ait à bord ni rongeurs ni vecteurs de la peste, ou périodiquement dératés.

2. Les certificats de dératation et les certificats d'exemption de la dératation sont délivrés exclusivement par les autorités sanitaires des ports agréés à cette fin aux termes de l'article 17. La durée de validité de ces certificats est de six mois. Toutefois cette durée peut être prolongée d'un mois pour les navires se dirigeant vers un port ainsi agréé, s'il est prévu que les opérations de dératation ou l'inspection, selon le cas, peuvent s'y effectuer dans de meilleures conditions.

3. Les certificats de dératation et les certificats d'exemption de la dératation sont conformes au modèle donné à l'Appendice 1.

4. Si aucun certificat valable ne lui est présenté, l'autorité sanitaire du port agréé aux termes de l'article 17 peut, après enquête et inspection :

a) Dans le cas d'un port de la catégorie visée au paragraphe 2 de l'article 17, dératation elle-même le navire ou faire effectuer cette opération sous sa direction et son contrôle.

Elle décide, dans chaque cas, de la technique à employer pour assurer la destruction des rongeurs sur le navire. La dératation s'effectue de manière à éviter, autant que possible, tout dommage au navire et à la cargaison ; elle ne doit pas durer plus du temps strictement nécessaire pour sa bonne exécution. L'opération a lieu autant que faire se peut, en cales vides. Pour les navires sur lest, elle s'effectue avant chargement. Quand la dératation a été exécutée à sa satisfaction, l'autorité sanitaire délivre un certificat de dératation ;

Les certificats de dératation et les certificats d'exemption de la dératation sont valables pour une durée de six mois, mais, sous certaines conditions, la validité de ces certificats peut faire l'objet d'une prolongation unique d'un mois (OMS, Actes officiels n° 87, P 404 et n° 95. 1959, P 482).

Si l'inspection d'un navire, effectuée à la fin de la période de validité d'un certificat d'exemption de la dératation, un nouveau certificat doit être délivré. La dératation périodique des navires n'est pas nécessaire si l'inspection prouve que la délivrance d'un certificat d'exemption de la dératation est justifiée (OMS, Actes officiels, n° 87, 1958, p 405).

Le règlement ne contient aucune disposition qui autorise l'autorité sanitaire d'un port à opposer sur des certificats valables de dératation ou d'exemption de la dératation une mention indiquant que l'inspection du navire a confirmé l'exactitude des renseignements indiqués sur le certificat (OMS, Actes officiels, n° 79, 1957p502)

b) Dans tout port agréé aux termes de l'article 17, délivrer un certificat d'exemption de la dératation si elle s'est rendue compte que le navire est exempt de rongeurs. Ce certificat n'est délivré que si l'inspection du navire a été faite en cales vides, ou encore si celles-ci ne contiennent que du lest ou des objets non susceptibles d'attirer les rongeurs et dont la nature ou l'arrimage permettent l'inspection complète le certificat d'exemption de la dératation.

5- Si l'autorité sanitaire du port ou la dératation a eu lieu estime que les conditions dans lesquelles cette opération a été effectuée n'ont pas permis d'obtenir un résultat satisfaisant elle mentionne le fait sur le certificat de dératation existant.

**Article 54 :** Dans des circonstances épidémiologiques exceptionnelles, quand la présence de rongeurs est soupçonnée à bord, un aéronef peut être désinsectisé et dératé.

**Article 55 :** Avant leur départ d'une zone où existe une épidémie de peste pulmonaire, les suspects effectuant un voyage international doivent être soumis à l'isolement par l'autorité sanitaire pendant une période de six jours à compter de leur dernière exposition à l'infection.

**Article 56 :** 1. Un navire ou aéronef est considéré à l'arrivée comme affecté :

a). s'il y a un cas de peste humaine à bord ;

b). si un rongeur infecté de peste est trouvé à bord.

Un navire est considéré également comme infecté si un cas de peste humaine s'est déclaré plus de six jours après l'embarquement.

2. Un navire est considéré à l'arrivée comme suspect :

a). si, bien qu'il n'y ait pas de peste humaine à bord, un cas s'est déclaré dans les six jours après l'embarquement ;

b). s'il est manifesté parmi les rongeurs à bord une mortalité insolite de cause non encore déterminée ;

c). s'il y a à bord une personne qui a été exposée à la peste pulmonaire et à laquelle n'ont pas été appliquées les mesures prévues à l'article 55.

3. Bien que provenant d'une zone infectée ou ayant à bord une personne en provenance d'une zone infectée, un navire ou aéronef est à l'arrivée considéré comme indemne si à la visite médicale, l'autorité sanitaire a pu s'assurer que les conditions prévues aux paragraphes 1 et 2 du présent article n'existent pas.

**Article 57 :** A l'arrivée d'un navire infecté ou suspect ou d'un aéronef infecté, l'autorité sanitaire peut appliquer les mesures suivantes :

a). désinsectisation et surveillance des suspects, la surveillance ne devant pas durer plus de six jours à compter de l'arrivée ;

b). désinsectisation et, au besoin, désinfection ;

i)- des bagages des personnes infectées ou des suspects ;

ii)- de tout autre objet, tel que literie ou ligne ayant servi, et de toute partie du navire ou de l'aéronef qui sont considérés comme contaminés.

2. A l'arrivée d'un navire, aéronef, train, véhicule routier ou autre moyen de transport ayant à bord une personne atteinte de peste pulmonaire, ou si un cas de peste pulmonaire s'est produit à bord d'un navire dans les six jours précédant son arrivée, l'autorité sanitaire peut, en plus des mesures prévues au paragraphe 1 du présent article, isoler les passagers et l'équipage du navire, aéronef, trains, véhicule routier ou autre moyen de transport pendant une période de six jours à compter de leur dernière exposition à l'infection.

3. En cas de peste murine à bord ou dans les conteneurs, le navire est désinsectisé et dératé, au besoin en quarantaine, conformément aux stipulations de l'article 53 sous réserve des dispositions suivantes :

a). les opérations de dératation ont lieu dès que les cales sont vidées ;

b). en vue d'empêcher les rongeurs infectés de quitter le bord, il peut être procédé à une ou plusieurs dératations préliminaires du navire, qui peuvent être prescrites avant ou pendant le déchargement de la cargaison ;

c). si du fait qu'une seulement de la cargaison d'un navire doit être déchargée, la destruction complète des rongeurs ne peut pas être assurée, le navire est autorisé à décharger cette partie de la cargaison, sous réserve pour l'autorité sanitaire d'appliquer les mesures jugées par elle nécessaires et qui peuvent comprendre la mise en navire, en quarantaine afin d'empêcher les rongeurs infectés de quitter le bord.

4. Si un rongeur infecté de peste est trouvé à bord d'un aéronef, l'aéronef est désinsectisé et dératisé, au besoin en quarantaine.

**Article 58** : Un navire cesse d'être considéré comme infecté ou suspect et un aéronef cesse d'être considéré comme infecté quand les mesures prescrites par l'autorité sanitaire, conformément aux dispositions des articles 38 et 57, ont été dûment exécutées ou lorsque l'autorité sanitaire a pu s'assurer que la mortalité insolite parmi les rongeurs n'est pas due à la peste. Le navire ou l'aéronef est dès lors admis à la libre pratique.

**Article 59** : A l'arrivée, un navire ou aéronef indemne est admis à la libre pratique ; toutefois, s'il provient d'une zone infectée, l'autorité sanitaire peut :

a). soumettre tout suspect quittant le bord à la surveillance pendant une période qui ne doit pas dépasser six jours à compter de la date à laquelle le navire ou aéronef a quitté la zone infectée ;

b). ordonner la destruction des rongeurs à bord du navire et la désinsectisation dans des cas exceptionnels et pour des motifs bien fondés qui sont communiqués par écrit au capitaine du navire.

**Article 60** : Si un cas de peste humaine est constaté à l'arrivée d'un train ou d'un véhicule routier l'autorité sanitaire peut appliquer les mesures prévues à l'article 38 et aux paragraphes

1 et 2 de l'article 57, étant entendu que les mesures de désinsectisation et, si besoin est, de désinfection sont appliqués à telles parties du train ou du véhicule routier qui sont considérées comme contaminées.

## **Règles de Préparation et Mise à la Consommation de Certains Produits**

**Arrêté interministériel du 19 Joumada Ethania 1420 correspondant au 29 septembre 1999**

**fixant les règles de préparation et de mise à la consommation des viandes hachées à la demande.**

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,  
Le ministre du commerce et,  
Le ministre de la santé et de la population,

Vu le décret présidentiel n° 98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 91-53 du 23 février 1991 relatif aux conditions d'hygiène lors du processus de la mise à la consommation des denrées alimentaires;

Vu l'arrêté interministériel du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994, modifié et complété, relatif aux spécifications microbiologiques de certaines denrées alimentaires;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application de l'article 31 du décret exécutif n° 91-53 du 23 février 1991, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer les règles de préparation et de mise à la consommation des viandes hachées à la demande, destinées à la consommation humaine.

**Article 2** : Les viandes hachées à la demande doivent être préparées sur le champ, à la demande et à la vue du client.

Le découpage à l'avance, en menus morceaux, de pièces de viandes destinées à être hachées à la demande est interdit.

**Article 3** : Au sens du présent arrêté, on entend par :

- viandes hachées : Les viandes qui sont soumises à une opération de hachage en fragments ou à un passage dans un hachoir à vis sans fin dans un magasin de détail, en vue de leur vente directe au consommateur;
- conditionnement : La protection des viandes hachées, par l'emploi d'une première enveloppe ou d'un premier contenant en contact direct de la denrée;
- emballage : La mise des viandes hachées conditionnées dans un deuxième contenant.

**Article 4** : Les viandes hachées à la demande sont préparées exclusivement à partir de viandes bovines, ovines, caprines, camelines et équines, fraîches, saines et exemptes :

- d'abats et de tissus adipeux de réserve;
- de parties aponévrotiques, de chutes, de déchets de parage et de plaies de saignées;
- de parties tendineuses et de viandes de la tête.

**Article 5** : Les viandes destinées à la préparation des viandes hachées à la demande, doivent être issues d'animaux abattus au niveau de structures d'abattage contrôlées et agréées, conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 6** : Les viandes destinées au hachage à la demande, doivent être entreposées en chambre froide à une température comprise entre 0° C et 3° C. jusqu'au moment même de leur hachage.

**Article 7** : Toute viande hachée à la demande non préparée dans les conditions visées aux articles 4, 5 et 6 sus-citées, doit être retirée de la commercialisation et dénaturée, sans préjudice des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 8** : Le conditionnement et l'emballage des viandes hachées à la demande, doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

Le conditionnement doit se faire notamment dans du papier cellophane ou paraffiné.

**Article 9** : Les instruments, les appareils et tout ustensile utilisés pour le hachage des viandes, doivent être en matériaux résistants à la corrosion et maintenus en parfait état d'entretien.

Ils doivent être régulièrement et soigneusement nettoyés avec de l'eau chaude (+ 82° C) et désinfectés, chaque fois qu'il est nécessaire et obligatoirement en fin de travail.

Les produits utilisés pour le nettoyage et la désinfection doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

**Article 10** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Joumada Ethania 1420 correspondant au 29 septembre 1999.

Le ministre de l'agriculture et de la pêche  
**Benalia BELHOUADJEB**

Le ministre du commerce  
**Bakhti BELAIB**

Le ministre de la santé et de la population  
**Yahia GUIDOUM.**

# Arrêté Interministériel du 13 novembre 1999 relatif aux températures et procédés de conservation par réfrigération, congélation ou surgélation des denrées alimentaires

Le Ministre du Commerce,  
Le Ministre de l'Agriculture et de la Pêche,  
Le Ministre de la Santé et de la Population,  
Le Ministre de l'Industrie et de la Restauration,  
Le Ministre de la Petite et Moyenne Entreprise.

Vu la loi n°89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;

Vu le décret présidentiel n°98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°90-12 du 1<sup>er</sup> janvier 1990, modifié et complété, fixant les attributions du Ministre de l'Agriculture ;

Vu le décret exécutif n°91-53 du 23 février 1991 relatif aux conditions d'hygiène lors du processus de la mise à la consommation des denrées alimentaires ;

Vu le décret exécutif n°94-207 du 7 Safar 1415 correspondant au 16 juillet 1994 fixant les attributions du Ministre du Commerce ;

Vu le décret exécutif n°94-211 du 9 Safar 1415 correspondant au 18 juillet 1994 fixant les attributions du Ministre de la Petite et Moyenne Entreprise ;

Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant 28 septembre 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;

Vu le décret exécutif n°96-319 du 15 Joumada El Oula 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de l'Industrie et de la restructuration.

## Arrêtent :

**Article 1<sup>er</sup>** : en application de l'article 30 du décret exécutif n°91-53 du février 1991, sus-visé le présent arrêté détermine les températures et les procédés de conservation par réfrigération, congélation ou surgélation des denrées alimentaires.

**Article 2** : au sens du présent arrêté, on entend par :

**Réfrigération** : le procédé de conservation qui consiste à abaisser la température de la denrée alimentaire de manière à ce qu'elle soit voisine de celle de la glace fondante (PC) et à la maintenir à une température au dessus de 0°C. La durée de réfrigérateur est limitée suivant le produit, la température et le type de conditionnement.

**Congélation** : le procédé de conservation qui transforme l'eau contenue dans une denrée alimentaire en glace, sous l'action du froid. Ce procédé doit permettre d'obtenir une température à cœur comprise, selon le produit, entre -10°C et -18°C après stabilisation thermique,

**Surgélation** : le procédé de conservation par le froid des denrées alimentaires qui consiste en un abaissement ultra-rapide de la température qui atteint au moins -18°C à cœur, après stabilisation thermique.

**Article 3** : les procédés de congélation sont notamment :

la congélation par l'air à une température de -20°C à -50°C ;

la congélation par contact direct avec une surface métallique maintenue froide par circulation de liquide réfrigérant ;

la congélation par contact direct avec un liquide cryogénique dont l'évaporation assure l'action réfrigérante.

**Article 4** : les températures des denrées alimentaires réfrigérées doivent être en tout point de la denrée alimentaire, constamment inférieures ou égales à celles mentionnées ci-dessous :

Denrées alimentaires	Températures maximales
Produits de la mer frais, notamment les poissons, crustacés, mollusques	+2°C
Abats	+3°C
Viandes découpées de boucherie et viandes conditionnées en unité de vente au consommateur	+3°C
Plats cuisinés à l'avance	+3°C
Plats froids préparés le jour même, sandwichs et fond de sauce	+3°C
Pâtisserie fraîche, crème pâtissière, entremets frais	+3°C
Volailles, lapins, gibiers	+4°C
Produits de charcuterie non stables, notamment le cachir, le pâté et le merguez	+4°C
Ovo produits	+4°C
Œufs en coquilles réfrigères	+6°C
Lait cru, lait pasteurisé	+6°C
Produits laitiers frais non stérilisés, notamment le yaourt, le lait fermenté et la crème dessert	+6°C
Beurre	+6°C
Crème fraîche	+6°C
Fromage à pâte molle, fromage à pâte persillée	+6°C
Autres fromages	Entre +10 et + 15°C
Viandes en carcasse et en quartiers	+7°C
Lait destiné à l'industrie	+8°C
Toute semi-conserve exceptée celle à base de produits de la pêche	+10°C
Produits de charcuterie stables (produits stabilisés par fumage ou fumaçon)	+15°C
Semi conserves de produits de la pêche, notamment l'anchois	+15°C

**Article 5 :** Les températures de congélation et de surgélation des denrées alimentaires doivent être en tout point de la denrée alimentaire, constamment inférieures ou égales à celles indiquées dans le tableau ci-dessous :

Denrées alimentaires	Températures maximales
1- Abats	-12°C
2- Volailles, lapins	-12°C
3- Ovoproduits	-12°C
4- Beurres, graisses alimentaires, y compris la crème à la buanderie	-14°C
5- Produits de la pêche	-18°C
6- Viandes	-18°C
7- Plats cuisinés	-18°C
8- Toutes denrées préparées avec des produits d'origine animale	-18°C
9- Cuisses de grenouilles, escargots	-18°C
10- Glaces et crèmes glacées	-20°C

**Article 6 :** Les denrées alimentaires à la congélation ou à la surgélation doivent être dans un parfait état de fraîcheur, exemptes de germes pathogènes et satisfaire aux conditions bactériologiques fixées par la réglementation en vigueur.

Ces produits doivent être préalablement préparés à la congélation ou à la surgélation.

Les fruits et légumes frais à congeler ou à surgeler doivent atteindre avant la congélation ou la surgélation, un stade de développement ou une maturité qui on permet la consommation.

**Article 7 :** Conformément à la réglementation en vigueur, l'équipement d'entreposage, de manutention et de transport des produits soumis à congélation et/ou surgélation doit être conçu pour permettre une manutention rapide et efficace des denrées alimentaires, se prêter à un nettoyage facile et complet et construit de manière à ne pas provoquer la consommation de celles-ci.

**Article 8** : Le transport des denrées réfrigérées, congelées ou surgelées s'effectue au moyen d'équipements frigorifiques aptes à maintenir ces denrées à une température égale ou inférieure à celle fixée par le présent arrêté.

**Article 9** : Les denrées réfrigérées, congelées ou surgelées doivent être exposées à la vente dans des meubles de vente frigorifique conçus à cet effet et équipés d'un thermomètre.

**Article 10** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Le Ministre de l'Agriculture et de la Pêche  
**BELAHOUADJEB BEN ALIA**

Le Ministre du Commerce  
Le Ministre de l'Industrie et de la Restructuration  
**Abelmadjid MENASSERA**

Le Ministre de la Santé et de la Population  
**Pr. Y. GUIDOUM**  
Le Ministre de la Petite et Moyenne Entreprise  
**BOUJARA SOLTANI**

**Arrêté interministériel du 3 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 26 mai 2001 modifiant et complétant l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 relatif à la mise à la consommation des volailles abattues**

Vu le décret exécutif n° 90-367 du 10 novembre 1990 relatif à l'étiquetage et à la présentation des denrées alimentaires;  
Vu le décret exécutif n° 92-65 du 12 février 1992, modifié et complété, relatif au contrôle de la conformité et de la qualité des produits fabriqués localement ou importés ;  
Vu le décret exécutif n° 94-207 du 7 Safar 1415 correspondant au 16 juillet 1994 fixant les attributions du ministre du commerce;  
Vu le décret exécutif n° 95-363 du 18 Joumada Ethania 1416 correspondant au 11 novembre 1995 fixant les modalités d'inspection des animaux vivants et des denrées animales ou d'origine animale destinés à la consommation humaine ;  
Vu l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 relatif à la mise à la consommation des volailles abattues ;

**Arrêtent ;**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de modifier et compléter l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé.

**Article 2** : Les dispositions de l'article 2 de l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, sont modifiées comme suit :

"Art. 2. — Au sens des dispositions du présent arrêté, on entend par :

**- Volailles abattues :**

Tous les oiseaux vivant à l'état domestique tels que les poules, dindes, canards, oies et autres y compris les oiseaux de même espèce que le gibier s'ils sont nés et élevés à la ferme et ayant subi un abattage conforme aux spécifications légales en vigueur et notamment aux dispositions du présent arrêté.

**- Viandes de volailles :**

Toutes carcasses de volailles ou morceaux de carcasses de volailles.

**- Volailles éviscérées:**

Les volailles complètement dépourvues de plumes et ayant subi l'ablation totale de la tête de l'œsophage, du jabot, de la trachée, du cœur, des poumons, du proventricule, du gésier, du foie, des intestins et des pattes."

**Article 3** : L'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, est complété par un *article 2 bis* rédigé comme suit :

"Art. 2 bis. — L'éviscération doit être opérée au niveau de l'abattoir, aussitôt après l'abattage."

**Article 4** : Les dispositions de l'article 3 de l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, sont modifiées comme suit :

"Art. 3. — Seules les volailles abattues éviscérées et ayant atteint l'âge minimum de sept (7) semaines, sont mises à la consommation."

**Article 5** : Les dispositions du point 2 de l'article 7 de l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, sont modifiées comme suit :

"Art. 7. —....."

**Réfrigération :**

Sont soumis à la réfrigération, les volailles abattues éviscérées en carcasses ou en morceaux de carcasses ainsi que les abats. La température interne du produit réfrigéré doit être comprise entre 0°C et 4°C".

**Article 6** : L'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, est complété par un *article 10 bis* rédigé comme suit :

"Art. 10 bis. — Les volailles abattues éviscérées fraîches, congelées ou surgelées et les carcasses découpées en morceaux doivent être conditionnées avant leur mise à la consommation.

Le conditionnement doit être réalisé au niveau de l'abattoir, après éviscération, nettoyage et essuyage de la volaille."

**Article 7** : Les dispositions de l'article 13 de l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

"Art. 13. — L'étiquetage des volailles abattues doit comporter :

a) Pour les volailles fraîches :

- la dénomination de l'espèce animale ;
- le numéro d'agrément de l'abattoir délivré par les services vétérinaires officiels ;
- le nom ou la raison sociale et l'adresse de l'abattoir ou du conditionneur ;
- la date d'abattage ;
- la température de conservation ;
- la date limite de consommation exprimée par la mention "à consommer avant le .....".

b) Outre les indications ci-dessus, l'étiquetage des volailles congelées ou surgelées doit comprendre:

- la mention "surgelée" ou "congelée" ;
- la date de congélation ou surgélation.

Ces mentions sont rédigées en langue arabe de façon visible, lisible et indélébile sur une étiquette apposée sur l'emballage."

**Article 8** : A titre transitoire et dans un délai n'excédant pas une (1) année à compter de la date de publication du présent arrêté, la volaille abattue éviscérée peut ne pas être conditionnée. Dans ce cas, les mentions d'étiquetage citées à l'article 13 de l'arrêté interministériel du 4 Safar 1416 correspondant au 2 juillet 1995 susvisé, sont inscrites sur un écriteau à proximité de la volaille.

**Article 9** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 3 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 26 mai 2001.

Le ministre du commerce

**Mourad MEDELICI**

Le ministre de l'agriculture

**Saïd BARKAT**



**Décret exécutif n° 99-158 du 7 Rabie Ethani 1420 correspondant au 20 juillet 1999 fixant  
les mesures d'hygiène et de salubrité applicables lors du processus de la mise à la  
consommation des produits de la pêche.**

Le ministre du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4 et 125 (alinéa 2);  
Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;  
Vu la loi n° 88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale;  
Vu la loi n° 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de la protection du consommateur;  
Vu le décret législatif n° 94-13 du 17 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 28 mai 1994 fixant les règles générales relatives à la pêche;  
Vu le décret présidentiel n° 98-427 du 26 Chaâbane 1419 correspondant au 15 décembre 1998 portant nomination du Chef du Gouvernement;  
Vu le décret présidentiel n° 98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement;  
Vu le décret exécutif n° 90-39 du 30 janvier 1990 relatif au contrôle de la qualité et à la répression des fraudes;  
Vu le décret exécutif n° 90-367 du 10 novembre 1990 relatif à l'étiquetage et à la présentation des denrées alimentaires;  
Vu le décret exécutif n° 91-04 du 19 janvier 1991 relatif aux matériaux destinés à être mis en contact avec les denrées alimentaires et les produits de nettoyage de ces matériaux;  
Vu le décret exécutif n° 91-53 du 23 février 1991 relatif aux conditions d'hygiène lors du processus de mise à la consommation des denrées alimentaires;  
Vu le décret exécutif n° 95-363 du 18 Joumada Etharia 1416 correspondant au 11 novembre 1995 fixant les modalités d'inspection des animaux vivants et des denrées animales ou d'origine animale destinés à la consommation humaine;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 25 du décret législatif n° 94-13 du 17 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 28 mai 1994 susvisé, le présent décret a pour objet de fixer les mesures d'hygiène et de salubrité applicables lors du processus de la mise à la consommation des produits de la pêche.

**CHAPITRE I  
DES DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 2** : Au sens du présent décret, il est entendu par :

\* **Produit de la pêche** : Tous les animaux ou parties d'animaux marins ou d'eau douce, y compris leurs oeufs et laitances, à l'exclusion des mammifères aquatiques.

Produit frais Tout produit de la pêche, entier ou préparé, n'ayant subi en vue de sa conservation aucun traitement autre que la réfrigération.

**Produit réfrigéré** : Tout produit de la pêche dont la température est abaissée par réfrigération et maintenue au voisinage de la température de la glace fondante, comprise entre 0° et 4° C.

**Produit congelé** : Tout produit de la pêche ayant subi une congélation permettant d'obtenir à coeur une température inférieure ou égale à - 18° C après stabilisation thermique.

\* **Produit Préparé** : Tout produit de la pêche ayant subi une opération modifiant son intégrité anatomique tel que l'éviscération, l'étêtage, le lavage, le tranchage, le filetage, le hachage ou l'emballage.

\* **Produit transformé** : Tout produit de la pêche qui a subi un procédé chimique ou physique tel que le chauffage, la fumaison, le salage, la dessiccation, le marinage, le saumurage, la fermentation ou une combinaison de ces différents procédés, appliquée aux produits réfrigérés ou congelés associés ou non à d'autres denrées alimentaires.

**Conserve** : Procédé consistant à conditionner les produits de la pêche dans des récipients hermétiquement fermés et à les soumettre à un traitement thermique suffisant pour détruire ou inactiver toutes les toxines et micro-organismes qui pourraient proliférer.

**Emballage** : Opération réalisant la protection des produits par l'emploi d'une enveloppe ou d'un contenant ou de tout autre matériel adapté.

**Eau potable** : Eau douce propre à la consommation humaine.

\* Eau de mer ou saumâtre propre : Eau ne présentant pas de contamination microbiologique, de substances nocives et/ou de plancton marin toxique en quantité susceptible d'avoir une incidence sur la qualité sanitaire des produits de la pêche.

Moyens de transport : Parties réservées au chargement dans les véhicules automobiles, dans les véhicules circulant sur rails, dans les aéronefs ainsi que les cales des bateaux ou les conteneurs pour le transport par terre, mer, air.

Etablissement de manipulation des produits de la pêche : Tout local ou ses annexes où des produits de la pêche sont préparés, transformés, réfrigérés, congelés, décongelés, conditionnés, reconditionnés, emballés, entreposés ou exposés à la vente ou vendus en gros ou au détail.

\* Vente en gros : Détention ou exposition, mise en vente et vente aux professionnels de produits de la pêche présentés dans leur emballage d'origine et/ou dans leur conditionnement d'origine sans qu'il y ait modification du contenu.

\* Navire de pêche : Tout navire armé pour la capture et la conservation des produits de la pêche, à bord duquel ceux-ci sont éventuellement manipulés pour la saignée, l'étêtage, l'éviscération, l'enlèvement des nageoires, la réfrigération ou la congélation.

\* Navire naïve : Tout navire à bord duquel des produits de la pêche subissent une ou plusieurs des opérations suivantes : préparation, transformation et congélation, obligatoirement suivies d'un conditionnement et éventuellement d'un emballage.

Ne sont pas considérés comme navires usines, les navires de pêche qui ne pratiquent que la cuisson des crevettes et des mollusques à bord et ceux qui ne procèdent qu'à la congélation à bord desdits navires cuiseurs et congélateurs.

\* Mise sur le marché : La détention ou l'exposition en vue de la vente, la vente, la livraison ou toute autre manière de mise sur le marché des produits de la pêche. Sont exclues de cette définition, les cessions directes de petites quantités par un pêcheur au consommateur sur les lieux mêmes de débarquement ou sur un marché proche.

**Article 3** : La mise sur le marché des produits indiqués ci-après est interdite :

Tous produits de la pêche vénéreux, notamment des familles suivantes :

\* Tetraodontidae, molidae, diodontidae, cauthigasteridae.

Les produits de la pêche contenant des biotoxines telle(s) que la ciguatoxine ou les toxines paralysantes des muscles.

**Article 4 :** Il est interdit de destiner à la consommation humaine des produits de la pêche pour lesquels les opérations de conservation, de stockage, de traitement, de manipulation, de transport, de transbordement, de débarquement et de vente et achat n'ont pas été effectuées dans le respect des dispositions du présent décret

**Article 5 :** Les prescriptions d'hygiène et de salubrité applicables au personnel manipulant les produits de la pêche sont fixées par arrêté conjoint des ministres, chargés respectivement, de la pêche et de la santé.

## CHAPITRE II DES PRESCRIPTIONS D'HYGIENE ET DE SALUBRITE APPLICABLES A LA CONSTRUCTION, A L'AMENAGEMENT DES LOCAUX ET EQUIPEMENT EN MATERIEL A BORD DES NAVIRES DE PECHE, DES NAVIRES USINES ET DES ETABLISSEMENTS A TERRE DE MANIPULATION DES PRODUITS DE LA PECHE

**Article 6 :** Les navires de pêche doivent :

être conçus de façon à permettre une manipulation rapide et une conservation satisfaisante des produits de la pêche, un nettoyage et une désinfection facile;

être construits avec des matériaux qui ne puissent endommager ou contaminer les produits de la pêche;

\* les navires de pêche d'une longueur supérieure à 12 mètres et inférieure à 24 mètres doivent disposer d'une cale isotherme pour maintenir les produits de la pêche à une température requise;

les navires de pêche d'une longueur supérieure ou égale à 24 mètres doivent disposer d'une installation frigorifique.

**Article 7 :** Les installations d'entreposage à bord des navires de pêche dont la longueur est supérieure à 12 mètres doivent être séparées du compartiment machines et des locaux réservés à l'équipage, par des cloisons étanches pour éviter toute contamination des produits.

**Article 8 :** Les navires usines doivent disposer au moins :

d'une aire de réception réservée à la mise à bord des produits de la pêche, de dimension suffisante, aisément nettoyable, conçue de façon à permettre la séparation des apports séquentiels, la protection des produits de l'action du soleil, des intempéries et de toute source de souillure ou autre contamination;

— d'un système de transfert des produits de la pêche de l'aire de réception vers les lieux de manipulation, conforme aux dispositions du présent décret; des équipements spéciaux pour évacuer soit directement à la mer, soit, si les circonstances l'exigent, dans une cuve réservée à cet usage, les déchets et produits de la pêche impropres à la consommation humaine.

**Article 9 :** Les navires usines et les établissements où sont manipulés les produits de la pêche doivent disposer :

de lieux de manipulation de dimension suffisante pour permettre de réaliser les préparations et les transformations des produits de la pêche;

de dispositifs appropriés de protection contre les insectes et les animaux nuisibles;

de conteneurs spéciaux, étanches, en matériaux résistant à la corrosion, destinés à recevoir des produits de

la pêche non destinés à la consommation humaine et un local destiné à entreposer ces conteneurs quand ils ne sont pas évacués au minimum à l'issue de chaque journée de travail;

d'une installation permettant l'approvisionnement en eau potable froide et chaude et en eau de mer propre sous pression et en quantité suffisante. A bord des navires usines, l'orifice de pompage de l'eau de mer doit être situé à un emplacement tel que la qualité de l'eau pompée ne puisse être affectée par le rejet à la mer des eaux usées, des déchets et de l'eau de refroidissement des moteurs;

- d'une installation réservée à l'entreposage des substances nocives, notamment les détergents, désinfectants ou pesticides;

— d'un dispositif permettant une évacuation hygiénique des eaux résiduaires;

d'installation d'une puissance frigorifique suffisante pour entreposer les produits de la pêche à une température conforme aux prescriptions réglementaires en vigueur. Ces installations doivent être munies d'un système d'enregistrement de la température placé de façon à pouvoir être consulté facilement;

des lieux d'entreposage des produits finis de dimensions suffisantes, conçus de façon à pouvoir être facilement nettoyés;

d'un local d'entreposage de tout équipement de maintenance, d'emballage et de transport des produits de la pêche, séparé des locaux de préparation et de transformation de ces produits.

**Article 10 :** Les navires usines et les établissements de manipulation des produits de la pêche doivent comporter dans les lieux où l'on procède à la préparation et à la transformation, à la congélation ou à la surgélation de ces produits :

— un sol antidérapant, facile à nettoyer et à désinfecter, pourvu d'orifices permettant une évacuation facile de l'eau;

des parois et des plafonds faciles à nettoyer, en particulier au niveau des tuyaux, chaînes ou conduites électriques;

des fenêtres entièrement vitrées et grillagées et des portes conçues en un matériau inaltérable facile à nettoyer,

une ventilation suffisante;

un éclairage suffisant;

un local suffisamment aménagé fermant à clé à la disposition exclusive du service d'inspection au cas où la quantité de produits traités nécessite une présence régulière ou permanente;

une installation appropriée permettant les meilleures conditions de survie dans les établissements où sont maintenus des animaux vivants tels que les crustacés et les poissons, alimentée d'une eau ayant une qualité suffisante pour ne pas transmettre aux animaux des organismes et des substances nuisibles;

des dispositifs appropriés pour le nettoyage et la désinfection des outils, du matériel et des installations;

des pancartes d'interdiction d'usiner, de cracher, de boire, de fumer et de marcher sur les caisses;

un nombre approprié de vestiaires dotés de murs et de sols lisses, imperméables et lavables, de lavabos et de cabinets d'aisance. Ces derniers doivent être pourvus de moyens de nettoyage des mains ainsi que d'essuie-mains. Les robinets ne doivent pas être actionnés à la main;

des dispositifs et des outils tels que les tables de découpe, les récipients, les bandes transporteuses et les couteaux, en matériaux résistant à la corrosion, faciles à nettoyer et à désinfecter.

**Article 11 :** Les établissements de manipulation des produits de la pêche ne doivent, en aucun cas, être accessibles aux véhicules émettant des gaz d'échappement

**Article 12 :** Le sol, les murs, le plafond, les cloisons, le matériel et les instruments utilisés pour le travail doivent être maintenus en bon état de propreté et d'entretien.

**Article 13 :** Tous les bacs, réservoirs, batis et autres matériels utilisés dans les opérations de maintenance, de viscération, de lavage, de filetage et de transfert des produits de la pêche doivent être nettoyés à fond, désinfectés et rincés à la fin de chaque cycle d'opération.

**Article 14 :** Toutes les machines et tout l'équipement servant à la manipulation des produits de la pêche doivent être inspectés par un personnel qualifié et désigné à cet effet, avant le début des opérations afin de s'assurer qu'ils ont été convenablement nettoyés, désinfectés et rincés.

**Article 15 :** Les zones de réceptionnement ou d'entreposage des produits de la pêche doivent être séparées des zones où le produit est transformé, préparé ou conditionné.

**Article 16 :** L'utilisation d'eau potable ou de mer propre est imposée pour tous les usages.

**Article 17 :** La glace utilisée doit être fabriquée avec de l'eau potable ou de l'eau de mer propre et préparée, manipulée et entreposée dans les conditions susceptibles de la protéger contre la contamination.

**Article 18 :** Les responsables des installations ou des locaux où sont manipulés les produits de la pêche doivent prendre toute mesure de lutte contre les insectes, les rongeurs, les oiseaux et autres animaux nuisibles pour empêcher leur pénétration dans les lieux de manipulation de ces produits.

**Article 19 :** Tous les raticides, les insecticides, les désinfectants, ou toutes autres substances nocives utilisées doivent être entreposés dans des locaux ou des armoires fermant à clé et manipulés de manière à ne pas contaminer les produits de la pêche.

**Article 20 :** La présence de chiens, de chats et de tous autres animaux domestiques est interdite dans les zones où les produits de la pêche sont réceptionnés, manipulés, transformés, entreposés, mis en vente ou vendus.

**Article 21** : Les locaux et le matériel doivent être utilisés, exclusivement, pour la préparation des produits de la pêche. Toutefois, et après autorisation de l'autorité vétérinaire territorialement compétente, ces locaux et matériaux peuvent être destinés à l'élaboration simultanée ou à des moments différents d'autres produits alimentaires et ce, dans le seul cas des établissements à terre de traitement des produits de la pêche.

**Article 22** : Les résidus des produits de la pêche retenus ou accumulés dans l'équipement de traitement doivent être éliminés à plusieurs reprises au cours de la journée de travail.

**Article 23** : Les surfaces de refroidissement des installations frigorifiques doivent être dégivrées efficacement et régulièrement.

**Article 24** : Les navires de pêche d'une longueur supérieure ou égale à 24 mètres, les navires usines et les établissements de manipulation des produits de la pêche objet du présent décret doivent être agréés par l'autorité vétérinaire territorialement compétente.

Les conditions et les modalités relatives à l'agrément sanitaire desdits navires de pêche, des navires usines et des établissements recevant des produits de la pêche ainsi que les moyens de transport, et celles relatives à la marque sanitaire de ces produits, sont fixées par arrêté du ministre chargé de la pêche.

## CHAPITRE III DES PRESCRIPTIONS D'HYGIENE ET DE SALUBRITE APPLICABLES AUX PRODUITS DE LA PECHE

**Article 25** : Dès leur mise à bord ou après éviscération, les produits de la pêche doivent être réfrigérés avec de la glace ou un appareil de réfrigération donnant les mêmes conditions de température. Un réglage doit être effectué aussi souvent que nécessaire.

La glace utilisée doit être entreposée dans des *conteneurs* propres prévus à cet effet et *maintenus* en bon état d'entretien.

**Article 26** : L'éviscération doit être effectuée le plus rapidement possible après la capture, à bord, sauf en cas d'impossibilité technique ou commerciale.

Les produits éviscérés et étêtés sont lavés sans délai et abondamment au moyen d'eau potable ou d'eau de mer propre.

**Article 27** : Pour éviter la contamination, les opérations de filetage, de tranchage, de pelage ou de décorticage doivent avoir lieu dans des emplacements différents de ceux utilisés pour le lavage et pour l'éviscération et l'étêtage.

Les filets, tranches et autres morceaux des produits de la pêche destinés à être vendus frais sont conservés par le froid dès leur préparation, refroidis dans les meilleurs délais et maintenus à une température voisine de la glace fondante jusqu'au destinataire final.

**Article 28** : Les caisses utilisées pour la distribution ou l'entreposage des produits de la pêche frais doivent être conçues de manière à assurer la protection contre la contamination et permettre un écoulement facile de l'eau de fusion.

Les caractéristiques techniques des caisses à utiliser sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la pêche et du ministre chargé du commerce.

**Article 29** : Les quantités de glace à utiliser pour l'expédition doivent être telles que, à l'issue du transport, lors de leur prise en charge par le destinataire, la température interne des produits frais reste voisine de celle de la glace fondante.

Les filets et tranches emballés sont isolés de la glace si nécessaire, des parois de l'emballage, par une pellicule protectrice propre.

**Article 30** : Ne peuvent être congelés que les produits de la pêche destinés à la consommation humaine.

La recongélation des produits de la pêche est interdite.

**Article 31** : Les produits de la pêche destinés à la congélation doivent être soumis à un procédé d'abaissement de température rapide pour réduire au minimum les modifications de texture et de constitution de tissus et éviter les pertes de qualité qui caractérisent les produits dont la congélation est défectueuse.

La température centrale du produit de la pêche doit être abaissée de 0°C à -5°C en un temps rapide n'excédant pas deux (2) heures en général. Ces produits doivent être maintenus dans l'appareil congélateur jusqu'à congélation complète à une température à cœur ne devant pas excéder -18°C.

Les dispositions prévues pour l'entreposage des produits congelés sont applicables à leur transport, à leur exposition et à leur vente.

Toutefois, durant le transport, l'exposition et la vente, de brèves élévations de température, de 3°C maximum, peuvent être tolérées.

**Article 32** : La décongélation des produits de la pêche doit être effectuée de façon à éviter toute contamination.

Lors de la décongélation, la température des produits de la pêche ne doit pas favoriser la multiplication des micro-organismes, et doit correspondre à celle de la glace fondante.

Pour leur vente, ces produits doivent porter une indication visible mettant en évidence leur état de décongelé.

**Article 33** : Tout traitement de produits de la pêche doit être effectué de manière à inhiber le développement des micro-organismes pathogènes ou la formation de composés chimiques toxiques.

**Article 34** : Les critères de salubrité et de qualité applicables aux produits de la pêche ainsi que les modalités de leur contrôle sanitaire sont définis par arrêté du ministre chargé de la pêche ou conjointement avec les ministres concernés.

## CHAPITRE IV DES PRESCRIPTIONS D'HYGIENE ET DE SALUBRITE APPLICABLES AU TRANSBORDEMENT ET AU DEBARQUEMENT DES PRODUITS DE LA PECHE

**Article 35** : Lors des opérations de transbordement ou de débarquement, les produits de la pêche doivent être mis, sans délai, dans un environnement protégé de température requise, en fonction de la nature du produit, et le cas échéant, mis sous glace dans les installations de transport, de stockage ou de vente.

**Article 36** : Les responsables des navires de pêche doivent procéder après le déchargement des produits de la pêche, à la vidange de la cale et du puisard du fond de cale, au nettoyage et à la désinfection de toutes les surfaces de la cale, des planches des parcs et du puisard.

## CHAPITRE V DES PRESCRIPTIONS D'HYGIENE ET DE SALUBRITE APPLICABLES A L'EMBALLAGE, A L'ENTREPOSAGE ET AU TRANSPORT DES PRODUITS DE LA PECHE

**Article 37** : Les emballages des produits de la pêche doivent répondre, notamment aux règles d'hygiène suivantes :

ils doivent préserver les caractères organoleptiques des produits de la pêche et des préparations;

ils ne doivent pas transmettre aux produits de la pêche des substances nocives pour la santé publique;

ils doivent être d'une solidité suffisante pour assurer une protection des produits au cours de leur transport et de leur manipulation;

ils doivent être dotés d'une étiquette clairement imprimée et conforme à la réglementation en vigueur.

**Article 38** : Les emballages des produits de la pêche doivent être entreposés dans un local séparé de l'aire de production et protégé de toute contamination.

Ces emballages peuvent faire l'objet d'une nouvelle utilisation lorsqu'ils sont lisses, imperméables, résistants à l'humidité, couverts de glace ou entreposés dans des chambres froides tel que précisé par les dispositions du présent décret.

Les revendeurs et transformateurs des produits de la pêche doivent les conserver à des températures telles que fixées ci-dessus.

**Article 39** : Il est interdit d'entreposer ou de transporter les produits de la pêche avec d'autres produits pouvant affecter leur salubrité ou les contaminer, sans qu'ils ne soient emballés de façon à leur assurer une protection satisfaisante.

Les viscères et les parties pouvant constituer un danger pour la santé publique doivent être écartées des produits destinés à la consommation humaine.

Les foies, les œufs et les laitances doivent être conservés sous glace ou congelés.

**Article 40** : Les produits de la pêche, frais ou décongelés, ainsi que les produits de crustacés et de mollusques cuits et réfrigérés doivent être maintenus à la température de la glace fondante.

Les produits de la pêche congelés doivent être entreposés à une température égale à -18°C.

Les produits transformés doivent, en outre, être maintenus aux températures fixées sur l'étiquette.

**Article 41** : Les moyens de transport des produits de la pêche doivent être conçus et équipés de manière à assurer le maintien des températures fixées ci-dessus.

Les parois internes de ces moyens doivent être lisses et faciles à nettoyer et à désinfecter.

A cet effet, ils doivent être agréés par l'autorité vétérinaire territorialement compétente.

Les entrepôts et moyens de transports frigorifiques doivent être munis d'un système d'enregistrement de la température placé de façon à pouvoir être consulté facilement.

**CHAPITRE VI**  
**DES PRESCRIPTIONS D'HYGIENE ET DE SALUBRITE APPLICABLES A LA VENTE DES**  
**PRODUITS DE LA PECHE**

**Article 42 :** Après le débarquement, les produits de la pêche doivent être acheminés, sans délai, vers les lieux de vente, couverts de glace ou entreposés dans des chambres froides tel que précisé par les dispositions du présent décret.

Les revendeurs et transformateurs des produits de la pêche doivent les conserver à des températures telles que fixées ci-dessus.

**Article 43 :** Les étalages de présentation des produits de la pêche doivent être aménagés de sorte que l'eau de fusion de la glace puisse s'écouler sans risque de contamination pour les produits placés à un niveau inférieur.

Ils doivent être situés à une hauteur les séparant du sol, mis à l'abri du soleil ou des intempéries et nettoyés après chaque jour de vente.

La pente du sol doit être réglée de façon à pouvoir diriger les eaux résiduaires ou de lavage vers un orifice d'évacuation muni d'un grillage et d'un siphon.

**Article 44 :** Lors de leur mise en vente, les produits de la pêche doivent être :

- bien couverts de glace finement broyée;
- classés par qualité et triés de telle manière que tous les produits d'une caisse soient de même espèce, de même taille et de même qualité;
- tenus à l'abri des souillures et soustraits à l'action du soleil et de toute source de chaleur. Ils ne doivent pas être en contact avec le sol;

**Article 45 :** Les conditions et les modalités d'exposition pour la vente au détail des produits de la pêche sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés, respectivement, de la pêche et du commerce.

**Article 46 :** Les produits de la pêche congelés doivent être mis en vente dans des meubles d'étalages frigorifiques conçus à cet effet.

**CHAPITRE VII**  
**DISPOSITIONS FINALES**

**Article 47 :** Les infractions aux dispositions du présent décret sont réprimées conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 48 :** Les dispositions du présent décret sont définies, en tant que de besoin, par arrêtés du ministre chargé de la pêche ou conjointement avec les ministres concernés.

**Article 49 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 Rabie Ethani correspondant au 20 juillet 1999

Smail HAMDANI

**Arrêté interministériel du 25 Ramadhan 1418 correspondant au 24 janvier 1998 modifiant et complétant l'arrêté du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994 relatif aux spécifications microbiologiques de certaines denrées alimentaires.**

Le ministre du commerce,  
Le ministre de l'agriculture et de la pêche et  
Le ministre de la santé et de la population,  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale;  
Vu la loi n° 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;  
Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 90-39 du 30 janvier 1990 relatif au contrôle de la qualité et à la répression des fraudes;  
Vu le décret exécutif n° 91-53 du 23 février 1991 relatif, aux conditions d'hygiène lors du processus de la mise à la consommation des denrées alimentaires, notamment son article 31 ;  
Vu l'arrêté du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994 relatif aux spécifications microbiologiques de certaines denrées alimentaires ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent arrêté a pour objet de modifier et de compléter l'arrêté du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994 relatif aux spécifications microbiologiques de certaines denrées alimentaires.

**Article 2 :** Les dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994 susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

"Art. 2. — Les denrées alimentaires concernées par les dispositions du présent arrêté sont :

- les viandes rouges et blanches ainsi que leurs dérivés;
- les poissons et autres produits de la pêche ;
- les conserves et les semi-conserves ;
- les ovoproduits, les pâtisseries et les crèmes pâtisseries;
- les laits et les produits laitiers ;
- les eaux et les boissons non alcoolisées ;
- les graisses animales et végétales ;
- les produits déshydratés ;
- les confiseries ;
- les plats cuisinés ;
- les aliments pour nourrissons et enfants en bas âge".

**Article 3 :** Les annexes I de l'article 4, II de l'article 6 et III de l'article 9 de l'arrêté du 14 Safar 1415 correspondant au 23 juillet 1994 susvisé, sont modifiées et complétées

**ANNEXE I  
CRITERES MICROBIOLOGIQUES RELATIFS A CERTAINES DENREES ALIMENTAIRES  
TABLEAU 1**

**CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES LAITS ET DES PRODUITS LAITIERS**

PRODUITS	n	C	m
<b>1. Lait cru :</b> - germes aérobies à 30° C - coliformes fécaux - streptocoques fécaux - <i>Staphylococcus aureus</i> - clostridium sulfito-réducteurs à 46° C - antibiotiques	1 1 1 1 1 1	— — — — — —	105 103 abs/OJml absence 50 absence
<b>2. Lait pasteurisé conditionné :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes : * sortie usine * à la vente — coliformes fécaux * sortie usine * à la vente — <i>Staphylococcus aureus</i> — phosphatase	1 1 1 1 1 1 1 1	— — — — — — — —	3.10< 1 10 absence absence 1 négatif
<b>3. Lait stérilisé et lait stérilisé UHT (nature et aromatisé) :</b> — germes aérobies à 30° C — test de stabilité — test alcool — test chaleur <b>4. Lait concentré non sucré :</b> — test de stabilité — test alcool — "test chaleur	5 5 5 5 5 5 5 5	2 0 0 0 0 0 0 0	- < 10/0,1 ml négatif négatif négatif négatif négatif négatif négatif
<b>5- Lait concentré sucré</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — levures et moisissures — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5 5	2 0 0 0 0 0	« 10/0,1 ml absence absence absence absence absence
<b>6. Lait déshydraté conditionné (1) :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — levures et moisissures — <i>Salmonella</i> — antibiotiques	5 5 5 5 5 5 1	2 2 0 0 2 0 0	5.104 5 absence absence 50 absence absence



TABLEAU 1 (suite)

PRODUITS	n	C	m
<b>7. Lait déshydraté destiné aux industries alimentaires:</b>			
— germes aérobies à 30° C	1	—	2.105
— coliformes	1	—	1
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	2	absence
— antibiotiques	1	0	absence
<b>8. Yaourts ou yoghourts :</b>			
— coliformes	5	2	10
— coliformes fécaux	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— levures	5	• 2	<10 <sup>2</sup>
— moisissures	5	0	absence
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>9. Laits acidifiés :</b>			
— coliformes	5	2	3. iœ
— coliformes fécaux	5	2	30
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	3.102
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>10. Fromages frais :</b>			
— coliformes	5	2	10
— conformes fécaux	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
— <i>Listeria monocytogene</i>	5	0	absence
<b>11. Fromages à pâtes molle :</b>			
— coliformes	5	1	102
— coliformes fécaux	5	2	10
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	0	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	0	1
— <i>Salmonella</i>	5		absence
— <i>Listeria monocytogene</i>	5		absence
<b>12. Fromages à pâtes dure et demi-dure :</b>			
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	1	102
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
— <i>Listeria monocytogene</i>		0	absence
<b>13. Glaces et crèmes glacées :</b>			
<b>13.1. Glaces et crèmes glacées de consommation :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	5.104
— coliformes	5	2	10 <sup>2</sup>
— coliformes fécaux	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	10	0	absence
<b>13.2. Préparation pour glaces et crèmes glacées :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	2,5. W
— coliformes	5	2	10
— coliformes fécaux	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	10	0	absence

TABLEAU 1 (suite)

PRODUITS	n	C	m
<b>14. Crème crue : ...</b>			
— coliformes fécaux	5	2	102
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	103
— <i>salmonella</i>	5	0	absence
— phosphatase	1	0	positif
<b>15. Crème pasteurisée :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	31/4. llf
— coliformes	5	2	1/n1
— coliformes fécaux	5	2	"A^)
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	1
— <i>Salmonella</i>	5	0	10
— phosphatase	1	0	absence
			négatif
<b>16. Crème maturée (3) :</b>			
— coliformes	5	2	10(2)
— coliformes fécaux	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— <i>salmonella</i>	5	0	absence
— phosphatase	1	0	négatif
<b>17. Lait gélifié et lait emprésuré aromatisé</b> (type crème dessert) :			
— germes aérobies à 30° C	5	2	102
— coliformes	5	2	10
— coliformes fécaux	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	3.102
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>18. Lastosérum en poudre :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	2.10 <sup>5</sup>
— coliformes	5	2	25
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	0	abs/0,lg
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	abs/100g
<b>19. Caséines - caséinates :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	3.10'
— germes aérobies à 55° C	5	2	5.103
— coliformes	5	2	abs/0,
— <i>Salmonella</i>	5	0	1g absence

(1) Laits destinés à la consommation humaine à l'exception des laits infantiles.

(2) Dans le cas des produits vendus en vrac :  $m=10^2$

(3) Est appelée crème maturée, la crème pasteuriséeensemencée par une flore lactique espèces suivantes ou d'un mélange de plusieurs de ces espèces :

*Streptococcus lactis*, *Streptococcus cremoris*, *Streptococcus diacetylactis*, *Streptococcus Thermophilus*, *Leuconostoc citrovorum*, *Betacoccus cremoris*



**TABEAU II  
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES VIANDES ROUGES  
ET DE LEURS PRODUITS DERIVES**

PRODUITS	n	C	m
<b>1. Carcasses ou coupes de demi-gros réfrigérées ou congelées :</b> — germes aérobies à 30° C — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — <i>Salmonella</i> — antibiotiques — sulfamides	 5 5 5 1 1	 2 0 0 0 0	 5.102 absence absence absence absence
<b>2. Pièces conditionnées sous vide ou non, réfrigérées ou congelées (1) :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes fécaux — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — <i>Salmonella</i> — antibiotiques — sulfamides	 5 5 5 5 1 1	 2 2 0 0 0 0	 5.10« 102 absence absence absence absence
<b>3. Portions unitaires conditionnées, réfrigérées ou congelées et portions unitaires du commerce de détail réfrigérées ou congelées (2) :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — <i>Salmonella</i> — antibiotiques — sulfamides	 5 5 5 5 5 1 1	 3 2 2 2 0 0 0	 10* 3.102 102 10 absence absence absence
<b>4. Viandes hachées :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes fécaux — <i>Escherichia coli</i> — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — <i>Salmonella</i>	 5 • 5 5- 5 5 5	 2 2 2 2 2 0	 5.105 102 50 102 30 abs/IOg

TABLEAU II (suite)

PRODUITS	n	c	m
<b>5. Abats crus :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	3	5.10 <sup>5</sup>
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>6. Produits carnés cuits : pâtés, cachir, etc... :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	3.10 <sup>5</sup>
— coliformes fécaux	5	2	10
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	<b>102</b>
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	2	30
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>7. Merguez ou autres produits carnés crus :</b>			
— coliformes fécaux	5	2	<b>102</b>
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	<b>102</b>
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	2	30
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>8. Préparation de viandes prêtes pour la cuisson (rôtis, escalopes...) :</b>			
— <i>Escherichia coli</i>	5	2	5.10 <sup>2</sup>
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	1	5.10 <sup>2</sup>
— <i>Salmonella</i>	5	0	abs/g

( 1 ) Le prélèvement est effectué en profondeur après cautérisation de la surface.

(2) Le prélèvement concerne profondeur plus surface sans cautérisation.

**TABLEAU III**  
**CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES VOLAILLES ET DE LEURS PRODUITS DERIVES**

<b>PRODUITS</b>	<b>n</b>	<b>C</b>	<b>m</b>
<b>1. Volailles entières réfrigérées, congelées ou surgelées :</b>			
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence (1)
— antibiotiques	1	0	absence
— sulfamides	1	0	absence
<b>2. Volailles désossées crues, rôtis crus, escalopes crues panées ou non :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	5.105
— coliformes fécaux	5	2	103
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	5.102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	2	30
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
— antibiotiques	1	0	absence
— sulfamides	1	0	absence
<b>3. Rôtis cuits entiers ou tranchés, escalopes et paupiettes cuites :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	3.105
— coliformes fécaux	5	2	10
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>4. Abats crus :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	3	5.10»
— coliformes fécaux	5	3	103
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	3	5.102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	3	30
— <i>Salmonella</i>	5	0	abs/g

(1) Absence de *Salmonella* dans 25 grammes de muscles pectoraux.

**TABLEAU IV**  
**CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES POISSONS ET DES PRODUITS DE LA PECHE**

<b>PRODUITS</b>	<b>n</b>	<b>C</b>	<b>m</b>
<b>1. Poissons tranchés panés ou non et filets de poissons frais réfrigérés :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5	3 3 3 3 0	105 10 102 10 absence
<b>2. Poissons tranchés panés ou non, filets de poissons congelés ou surgelés :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5	3 3 3 3 0	5.104 10 102 2 absence
<b>3. Poissons frais et congelés ;</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5	3 3 3 0	10 <sup>6</sup> 4 103 absence
<b>4. Crustacés entiers et mollusques cuits, réfrigérés ou congelés :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5	3 3 3 3 0	106 10 102 2 absence
<b>5. Crustacés entiers crus :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes — <i>Escherichia coli</i> — <i>Staphylococcus aureus</i> — streptocoques fécaux — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5 5	3 3 3 3 3 0	5.10 <sup>4</sup> 103 10 103 103 absence

**TABLEAU V**  
**CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES OVOPRODUITS DES PATISSERIES ET DES CREMES PATISSIERES**

PRODUITS	n	C	m
<b>1. Oeufs en coques :</b> — <i>Salmonella</i> »	5	0	absence
<b>2. Pâtisseries et crèmes pâtissières :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfite-réducteurs à 46° C — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5 5	2 2 2 2 2 0	3-IOi 102 10 102 10 absence
<b>3. Mélanges pour gâteaux contenant des œufs :</b> — <i>Staphylococcus aureus</i> — moisissures — <i>Salmonella</i>	5 5 5	2 2 0	102 102 absence
<b>4. Tout autre ovoproduit ayant subi un traitement thermique :</b> — germes aérobies à 30° C — enterobactéries — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5	2 2 0 0	105 10 absence absence

**TABLEAU VI**  
**CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES GRAISSES ANIMALES ET VEGETALES**

PRODUITS	n	C	m
<b>1. Beurre cru (1) :</b> — coliformes — <i>Staphylococcus aureus</i> — levures -- moisissures — <i>Salmonella</i> — phosphatase	5 5 5 5 5 1	2 2 2 2 0 0	10 102 103 3.102 absence positif
<b>2. Beurre pasteurisé :</b> — germes aérobies à 30° C (2) — coliformes — <i>Staphylococcus aureus</i> — levures — moisissures — <i>Salmonella</i> — phosphatase	5 5 5 5 5 5 1	2 2 2 2 2 0 0	102 10 10 absence absence absence négatif

TABLEAU VI (suite)

PRODUITS	n	C	m
<b>3. Beurre concentré :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	5.102
— coliformes <sup>1</sup>	5	2	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— levures	5	2	absence
— moisissures	5	2	absence
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>4. Huiles de beurre-matière grasse de lait anhydre (MGLA) :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	5. W
— coliformes	5	2	absence
— coliformes fécaux	5	2	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	absence
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	2	< 9 spores
— levures et moisissures	5	2	abs/10m!
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>5. Smen :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	5.102
— coliformes	5	2	absence
— coliformes fécaux	5	2	absence
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	2	absence
— levures et moisissures	5	0	< 9 spores
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>6. Margarine et autres matières grasses végétales :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	102
— coliformes fécaux	5	2	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— levures	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence

(1) Beurre obtenu à partir de crème n'ayant pas subi de traitement

(2) Autres que les espèces lactiques

**TABLEAU VII**  
**CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES EAUX ET BOISSONS**

<b>PRODUITS</b>	<b>n</b>	<b>c</b>	<b>m</b>
<b>1. Eaux de distribution traitée :</b> — germes aérobies à 37° C/ml — germes aérobies à 22° C/ml — coliformes aérobies à 37° C/100 ml — coliformes fécaux/100 ml — streptocoques D/50 ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C/ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C/20 ml	1 1 1 1 1 1 1	— — — — — — —	20 < 102 < 10 absence absence absence <5
<b>2. Eaux minérales plates ou gazeuses en bouteilles :</b> — couronnes aérobies à 37° C/ml — streptocoques D/50 ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C/ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C/20 ml — <i>Pseudomonas</i> — micro-organismes revivifiables A l'émergence : * à 20-22° C/ml en 72 h * à 37° C/ml en 24 h A la commercialisation (1) • à 20-22° C/ml en 72 h * 37° C/ml en 24 h	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	absence absence absence absence absence absence <20 <5 absence absence <102 <20
<b>3. Eaux potables mises en bouteilles, gazéifiées ou non :</b> — germes aérobies à 37° C/ml — germes aérobies à 22° C/ml — coliformes aérobies à 37° C/100 ml — coliformes fécaux/100 ml — streptocoques D/50 ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C/ml — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C/20 ml	1 1 1 1 1 1 1	— — — — — — —	<20 < 102 <10 absence absence absence absence <5

(1) Analyses effectuées 12 heures après embouteillage

TABLEAU VII (suite)

PRODUITS	n	c	m
<b>4. Boissons gazeuses sucrées : (sodas, limonades...)</b>			
— coliformes	5	2	< 10
— coliformes fécaux/100 ml	5	0	absence
— streptocoques D/50 ml	5	0	absence
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C/20 ml	5	0	absence
— levures	5	0	10
— moisissures	5	0	absence
<b>5. Emballages pour eaux et boissons embouteillées:</b>			
— germes aérobies par récipient (1)	1	0	absence
<b>6. Jus de fruits ou de légumes et eaux fruitées :</b>			
— coliformes	5	2	absence
— levures osmophiles/1 litre	5	2	<20
— moisissures/100 ml	5	2	10
— <i>Leuconostoc citrovorum/ml</i> (2)	5	0	absence
— <i>Clostridium butyrique/100 ml</i>	5	1	absence

(1) Pour les produits conditionnés dans les emballages et devant subir un traitement thermique après conditionnement (pasteurisation...), il peut être toléré la présence au maximum de 2 germes aérobies par récipient.

(2) Uniquement pour les jus d'agrumes.

**TABLEAU VIII**  
**CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES PRODUITS DE CONFISERIE**

PRODUITS	n	c	m
<b>1. Chocolat et végécao :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	103
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— levures	5	2	102
— moisissures	5	2	102
— clostridium sulfito-réducteurs	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
— enterobactéries	5	2	1
<b>2. Pâtes chocolatées :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	105
— coliformes/100 ml	5	2	absence
— coliformes fécaux/100 ml	5	2	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	10
— streptocoques D/100 ml	5	2	10
— levures	5	2	103
— moisissures	5	2	102
<b>3. Cacao poudre déshydratée :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	105
— enterobactéries	5	2	1
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	102
— levures	5	2	102
— moisissures	5	2	103
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence



**TABLEAU IX  
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES SEMI-CONSERVES**

PRODUITS	n	C	m
<b>1. Semi-conserves d'origine animale (1) :</b>			
<b>1.1. Semi-conserves pasteurisées :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	. 1	10*
— coliformes	5	0	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	0	absence
— clostridium sulfite-réducteurs à 46° C	5	0	absence
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>1.2. Semi-conserves non pasteurisées (anchois au sel ou à l'huile...) :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	1	W
— coliformes	5	0	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	0	absence
— clostridium sulfite-réducteurs à 46° C	5	0	absence (2)
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>2. Semi-conserves d'origine végétale :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	1	105
— clostridium sulfite-réducteurs à 46° C	5	0	absence
— coliformes	5	0	absence
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	0	absence
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence

( 1 ) Revivification de la suspension mère pendant deux (2) heures à la température du laboratoire pour les semi-conserves et pendant 30 mn à 45 mn pour les semi-conserves non pasteurisées.

(2) Cas particulier des anchois au sel : Clostridium sulfite-réducteurs à 46° C : m = moins de 10 par gramme.

**TABLEAU X  
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES ALIMENTS POUR ENFANTS EN BAS AGE  
ET NOURRISSONS**

PRODUITS	n	C	m
<b>1. Produits prêts à l'emploi autres que ceux visés aux points 2 et 3 ci-dessous :</b> — germes aérobies à 30° C (1) — coliformes — <i>Escherichia coli</i> — levures, spores et moisissures — clostridium sulfite-réducteurs à 46° C — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5 5 5	2 2 2 2 2 2 0	101 1/0, 1g 1 3.102 1/0, 1g 1 abs/30 g
<b>1. Produits déshydratés ou instantanés à consommer après adjonction de liquide :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes — <i>Escherichia coli</i> — levures et moisissures — clostridium sulfite-réducteurs à 46° C — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5 5 5	2 2 2 2 2 2 0	5.10* 1/0,0 1g 1 3.102 1/0,1g 1 abs/30 g
<b>3. Produits nécessitant une cuisson (2) avant consommation :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes — <i>Escherichia coli</i> — levures et moisissures — clostridium sulfite-réducteurs à 46° C — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5 5 5	2 2 2 2 2 2 0	2.10' 1/0,00 1g 1/0, 1g 103 1/0,0 1g 1/0,1g abs/30 g

(1) Non applicable aux produits acidifiés par des bactéries lactiques.

(2) On entend par "cuisson" le chauffage du produit à une température d'au moins 100° C pendant au minimum 3 minutes.

**TABLEAU XI  
CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES PLATS CUISINES**

PRODUITS	n	C	m
<b>1. Plats cuisinés à l'avance à base de viandes et de poissons :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfite-réducteurs à 46° C — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5 5	2 2 2 2 0 0	3.105 103 10 102 30 absence
<b>2. Plats cuisinés à base de légumes : produits végétaux crus ensaucés :</b> — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>Salmonella</i>	5 5	2 0	102 absence

**TABLEAU XI**  
**CRITERES MICROBIOLOGIQUES DES PRODUITS DESHYDRATES NON REPRIS**  
**DANS LES TABLEAUX PRECEDENTS ET AUTRES PRODUITS DIVERS**

PRODUITS	n	C	m
<b>1. Epices et plantes aromatiques séchées :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	105
— moisissures	5	2	103
— <i>Escherichia coli</i>	5	2	10
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence
<b>2. Fruits secs (dattes, figues, pruneaux, raisins secs...) :</b>			
— levures osmophiles	5	2	10
— moisissures	5	2	102
— <i>Escherichia coli</i>	5	2	3
<b>3. Céréales en grains :</b>			
— moisissures	5	2	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	2	102
<b>4. Produits de mouture (semoules, farines) et pâtes alimentaires :</b>			
— moisissures	5	2	102
— clostridium sulfito-réducteurs à 46° C	5	2	102
<b>5-Dérivés de céréales (biscuits, biscottes, pâtes aux œufs.....) :</b>			
— germes aérobies à 30° C	5	2	103
— <i>Escherichia coli</i>	5	2	3
— <i>Staphylococcus aureus</i>	5	2	102
— moisissures	5	2	102
— <i>Salmonella</i>	5	0	absence

TABLEAU XII (suite)

PRODUITS	n	C	m
<b>6. Végétaux sèches (thé, tisanes...):</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes fécaux — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — moisissures — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5	2 2 2 2 0	10< 10 10 103 absence
<b>1. Levure (sèche et fraîche):</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes — <i>Escherichia coli</i>	5 5 5	2 2 2	<10 <sup>6</sup> 102 3
<b>8. Graines oléagineuses (noix, amandes, arachides..):</b> — <i>Escherichia coli</i> — moisissures	5 5	2 2	2 102
<b>9. Sucres destinés à la consommation humaine et aux industries :</b> — germes aérobies à 30° C — germes acidifiants — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — levures — moisissures	5 5 5 5 5	2 2 n ^. 2 2	20 5 1 1 1
<b>10. Potages déshydratés :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes — coliformes fécaux — <i>Staphylococcus aureus</i> — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5 5	2 2 2 2 2 0	3.105 103 102 102 30 absence
<b>11. Légumes frais et autres végétaux crus :</b> — <i>Escherichia coli</i>	5	2	102
<b>12. Colorants d'origine végétale :</b> — germes aérobies à 30° C — <i>Escherichia coli</i>	5 5	2 2	10« 2
<b>13. Gélatine :</b> — germes aérobies à 30° C — coliformes fécaux — clostridium sulfito-réducteurs à 46° C — <i>Staphylococcus aureus</i> — <i>Salmonella</i>	5 5 5 5 5	2 2 2 2 0	10< 102 10 absence absence

(1) Recherche des *Salmonella* uniquement dans les dérivés de céréales contenant des œufs

**ANNEX II  
EPREUVES DE STABILITE**

Les épreuves de stabilité comportent, selon les conserves, les opérations suivantes :

**1 - Conserves acides dont le pH est supérieur à 4,5 :**

**1. 1 Conserves à base de denrées animales ou d'origine animale :**

- a) étuvage durant quinze (15) jours de deux (2) unités d'échantillonnage à une température de trente sept degrés Celsius (37° C), plus ou moins un degré Celsius ( 1° C);
- b) étuvage durant sept (7) jours de deux (2) unités d'échantillonnage à une température de cinquante cinq degrés Celsius (55° C), plus ou moins deux degrés Celsius (2° C);
- c) mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin.

**1.2 Conserves à base de denrées végétales :**

- a) étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant vingt et un (21) jours à une température de trente degrés Celsius (30° C), plus ou moins deux degrés Celsius (2° C);
- b) étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant sept (7) jours à une température de cinquante cinq degrés Celsius (55°C), plus ou moins deux degrés Celsius (2° C);
- c) mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin.

**2 - Conserves acides dont le pH est inférieur à 4,5 :**

**2. 1 Conserves à base de denrées animales ou d'origine animale :**

- a) étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant quinze (15) jours à une température de trente sept degrés Celsius (37° C), plus ou moins deux degrés Celsius (2° C);
- b) mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin

**2. 2 Conserves acides à base de denrées végétales :**

- a) étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant vingt et un (21) jours à une température de trente degrés Celsius (30° C), plus ou moins deux degrés Celsius (2° C);
- b) mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin.

**2. 3. Autres conserves dont le pH est inférieur**

**à 4,5 :** Tomates entières ou en morceaux, tout produit acidifié ou additionné d'amidon.

**2. 3. 1 Conserves à base de denrées animales ou d'origine animale :**

- a) étuvage durant quinze (15) jours de deux (2) unités d'échantillonnage à une température de trente sept degrés Celsius (37° C), plus ou moins un degré Celsius (1° C) ;
- b) étuvage durant sept (7) jours de deux (2) unités d'échantillonnage à une température de cinquante cinq degrés Celsius (55° C), plus ou moins deux degrés Celsius (2° C) ;
- c) mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin.

**2. 3. 2 Conserves à base de denrées végétales :**

- a) étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant vingt et un (21) jours à une température de trente degrés Celsius (30° C), plus ou moins deux degrés Celsius (2° C);
- b) étuvage de deux (2) unités d'échantillonnage durant sept (7) jours à une température de cinquante cinq degrés Celsius (55° C), plus ou moins deux degrés Celsius (2° C);
- c) mise à la température ambiante (20 à 25 degrés Celsius) de l'unité d'échantillonnage témoin.

A l'issue des différentes épreuves effectuées :

- aucun défaut apparent, notamment le bombement, le flochage ou le fuitage ne doit être constaté ;
  - la variation de pH entre les unités d'échantillonnage étuvées et l'unité d'échantillonnage témoin mise à la température ambiante pendant les périodes retenues, ne doit pas dépasser 0,5 unité, excepté pour les conserves du type lait stérilisé et lait stérilisé UHT où la variation de pH ne doit pas dépasser 0,2 unité ;
  - il y a absence de variation de la flore microbienne du point de vue qualitatif et du point de vue quantitatif, le facteur R doit être inférieur à 100 ( $R < 100$ ), par rapport au témoin ;
- le facteur  $R = n/n^{\wedge}$

où :

n : est le nombre moyen de germes pour l'unité incubée

et  $n^{\wedge}$  : est le nombre moyen de germes pour l'unité témoin.

Les épreuves de stabilité sont exclues pour les conserves conditionnées dans les emballages métalliques, en verre, en plastique ou en complexes métalloplastiques présentant des défauts majeurs tels que, le bombement, le flochage et le fuitage.

## ANNEXE III

### TECHNIQUE DE PRISE D'ESSAI ET INTERPRETATION DES RESULTATS D'ANALYSES MICROBIOLOGIQUES

#### 1. Technique de prise d'essai :

La prise d'essai destinée à la préparation de la suspension mère et des dilutions décimales porte :

- sur les parties superficielles et profondes, notamment pour les produits en tranches, hachés, les plats cuisinés à l'avance... ;
- sur la partie profonde après cautérisation de la surface du produit, notamment pour les viandes (pièces), les volailles (pièces), les produits carnés (pièces) et les poissons entiers ;
- sur le produit homogénéisé ou sur les parties superficielles et profondes, selon la nature du produit liquide ou semi-liquide, notamment les produits laitiers.

Dans le cas des examens microbiologiques effectués à la suite de toxi-infections alimentaires, il est nécessaire de pratiquer la recherche des germes pathogènes, toxinogènes et/ou de leurs toxines, aussi bien en surface qu'en profondeur.

M : seuil limite d'acceptabilité au-delà duquel les résultats ne sont plus considérés comme satisfaisants, sans pour autant que le produit soit considéré comme toxique ;

M = 10 m lors du dénombrement effectué en milieu solide

M = 30 m lors du dénombrement effectué en milieu liquide

n : nombre d'unités composant l'échantillon :

c : nombre d'unités de l'échantillon donnant des valeurs situées entre "m" et "M".

#### 2. 1. 2 Application pratique :

##### 2. 1. 2. 1 La qualité du lot est considérée comme satisfaisante ou acceptable en application de l'article 4 de l'arrêté du 23 juillet 1994 lorsque, aucun résultat ne dépasse M :

a — Les valeurs observées sont :

< 3 m lors d'emploi de milieu solide

qualité satisfaisante < 10 m lors d'emploi de milieu liquide

#### des résultats d'analyses

#### 2. Interprétation microbiologiques :

En matière d'échantillonnage et d'interprétation des résultats d'analyse, il est tenu compte, dans la présente annexe, des travaux menés en la matière au sein des organisations internationales.

#### 2. 1 Plan à trois classes

##### 2. 1. 1 Principe :

Ce plan est ainsi désigné parce que les résultats des examens interprétés sur cette base permettent de fixer trois classes de contamination, à savoir :

- celle inférieure ou égale au critère "m" ;
- celle comprise entre le critère "m" et le seuil "M" ;
- celle supérieure au seuil "M".

Les critères qualitatifs "m" et "M", sauf autre indication, expriment le nombre de germes présents dans un gramme (g) ou un millilitre (ml) d'aliment et dans 25 grammes d'aliment pour les *Salmonella* et les *Listeria monocytogenes*.

m : seuil au-dessous duquel le produit est considéré comme étant de qualité satisfaisante. Tous les résultats égaux ou inférieurs à ce critère sont considérés comme satisfaisants ;

b — les valeurs observées sont comprises

entre 3 m et 10 m (=M)

en milieu solide,

entre 10 m et 30 m (=M)

en milieu liquide,

qualité acceptable

et c/n inférieur ou égal

au rapport fixé; par

exemple c/n < 2/5

avec le plan n = 5 et c = 2

(ou tout autre plan d'efficacité équivalente ou supérieure)

##### 2. 1. 2 Les résultats sont considérés comme non satisfaisants :

a — lorsque c/n est supérieur ou égal au rapport fixé ;

b — dans tous les cas où les résultats obtenus sont supérieurs à M.

Cependant, le seuil de dépassement pour les micro-organismes aérobies à + 30° C, alors que les autres critères sont respectés, doit faire l'objet d'une interprétation, notamment pour les viandes, volailles et produits crus.

Toutefois, le produit doit être considéré comme toxique ou corrompu lorsque la contamination atteint une valeur microbienne limite "S" qui est fixée dans le cas général à :  $S = m \cdot 10^3$

Dans le cas des *Staphylococcus aureus*, la valeur "S" ne doit jamais excéder  $5 \cdot 10^4$  germes par gramme de produit.

#### 2.2 Plan à deux classes :

Ce plan est ainsi désigné car les résultats des examens interprétés sur cette base permettent de déterminer deux classes de contamination.

Ce type de plan qui n'accepte aucune tolérance, même de caractère analytique, correspond souvent aux expressions :

— "absence dans" : le résultat est considéré comme satisfaisant ;

— "présence dans" : le résultat est considéré comme non satisfaisant ; dans ce cas, le produit est déclaré impropre à la consommation.

Le plan à deux classes répartit les unités d'échantillon en deux catégories :

— catégorie satisfaisante, si le résultat d'analyse est inférieur à "m" ; le produit est propre à la consommation ;

— catégorie non satisfaisante, lorsque le résultat

d'analyse est supérieur à "m" ; le produit est déclaré impropre à la consommation.

#### Remarque :

Ce plan est applicable aux contaminations par les *Salmonella* et les *Listeria monocytogenes* en particulier.

#### 2. 3 Cas particuliers des conserves :

Lorsque les conserves ne répondent pas aux épreuves de stabilité telles que fixées dans le présent arrêté, la transposition au lot d'origine ne pourra intervenir que dans la mesure où un plan d'échantillonnage préalablement défini aura été mis en œuvre.

**Article 4 :** Les articles 7 et 8 de l'arrêté du 23 juillet 1994 susvisés, sont abrogés.

**Article 5 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Ramadhan 1418 correspondant au 24 janvier 1998.

Le ministre de la santé et de la population

**Yahia GUIDOUM**

Le ministre du commerce

**Bakhti BELAIB**

Le ministre de l'agriculture et de la pêche

**Benalia BELAHOUADJEB**

**Arrêté interministériel du 16 Joumada Ethania 1419 correspondant au 7 octobre 1998  
relatif aux spécifications techniques des yaourts et aux modalités de leur mise à la  
consommation.**

Le ministre du commerce,

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu la loi n° 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur et ses textes pris en application;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 90-12 du 1<sup>er</sup> janvier 1990 fixant les attributions du ministre de l'agriculture;

Vu le décret exécutif n° 90-367 du 10 novembre 1990 relatif à l'étiquetage et à la présentation des denrées alimentaires;

Vu le décret exécutif n° 92-65 du 12 février 1992, modifié et complété, relatif au contrôle de la conformité des produits fabriqués localement ou importés;

Vu le décret exécutif n° 94-207 du 7 Safar 1415 correspondant au 16 juillet 1994 fixant les attributions du ministre du commerce;

Vu l'arrêté du 18 août 1993 relatif aux spécifications et à la présentation de certains laits de consommation;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de définir les spécifications techniques des yaourts ou yoghourts, dénommés ci-après "yaourt" et les modalités de leur mise à la consommation.

**Article 2** : Le yaourt est le produit laitier coagulé, obtenu par fermentation lactique grâce au développement des seules bactéries lactiques thermophiles spécifiques dites *Lactobacillus bulgaricus* et *Streptococcus thermophilus*, à partir de lait et de produits laitiers tels que définis à l'article 4 ci-dessous.

Les bactéries lactiques thermophiles spécifiques doivent êtreensemencées simultanément et se trouver vivantes dans le produit fini à raison d'au moins 10 millions de bactéries par gramme rapportées à la partie lactée.

Lors de sa mise à la consommation, la quantité d'acide lactique libre contenue dans le yaourt ne doit pas être inférieure à 0,8 gramme pour 100 grammes de produit.

**Article 3** : Au sens du présent arrêté, on entend par :

— "yaourt gras" le produit dont la teneur minimale en matière grasse laitière est égale à 3% masse par masse;

— "yaourt partiellement écrémé" le produit titrant moins de 3% masse par masse, mais plus de 0,5% masse par masse de matière grasse laitière;

— "yaourt écrémé" le produit dont la teneur en matière grasse laitière est inférieure à 0,5% masse par masse;

— yaourt sucre", le yaourt tel que défini à l'article 2 ci-dessus, auquel ont été uniquement ajoutés un ou plusieurs sucres. Le ou les sucres ajoutés sont l'hydrate de carbone et/ou de l'édulcorant autorisé par la réglementation en vigueur;

— "yaourt aromatisé", le yaourt tel que défini à l'article 2 ci-dessus, auquel ont été ajoutés des aliments aromatisants ou d'autres substances aromatisantes.

**Article 4** : Le yaourt est préparé essentiellement avec du lait pasteurisé, du lait reconstitué ou recombinaé pasteurisé, écrémé ou non, du lait concentré ou du lait sec écrémé ou non, ou de la crème pasteurisée ou un mélange de deux ou plusieurs de ces produits.

L'incorporation, en tant que produit de substitution, de matières grasses et/ou protéiques d'origine non laitière, est interdite.

**Article 5** : La teneur minimale en matière sèche laitière non grasse du yaourt doit être égale à 8,2% masse par masse.

**Article 6** : Les ingrédients suivants peuvent être ajoutés au yaourt : lait sec, lait écrémé en poudre, babeure non fermenté, lactosérum concentré, lactosérum sec, protéines lactosériques, protéines lactosériques concentrées, protéines laitières hydrosolubles, caséine alimentaire, caséinates fabriqués à partir de produits pasteurisés, sucre, denrées alimentaires conférant une saveur spécifique, notamment les fruits (frais, en conserve, surgelés, en poudre), les pulpes de fruits, les jus de fruits, les confitures et marmelades de fruits, le chocolat, les ingrédients aromatisants naturels.

Les sucres et autres denrées alimentaires conférant une saveur spécifique peuvent être ajoutés au yaourt dans la limite de 30% en poids du produit fini.

**Article 7** : Outre les dispositions prévues par le décret exécutif n° 90-367 du 10 novembre 1990, susvisé, l'étiquetage des produits définis au présent arrêté, doit comporter :

\* la dénomination de vente "yaourt" ou "yoghourt" telle que définie à l'article 3 ci-dessus, complétée, selon le cas par:

\* l'indication de l'espèce animale ou des espèces animales dont le lait provient, dès lors qu'il ne s'agit pas de lait de vache;

" au lait cru", "au lait reconstitué", "au lait recombinaé", "au mélange de laits";

\* "nature", dans le cas où le produit n'a pas subi d'adjonction de denrées alimentaires conférant une saveur spécifique;

\* "sucré", "édulcoré", ou le nom de la matière aromatique utilisée, si le yaourt est sucré, édulcoré ou aromatisé;

\* en cas d'adjonction d'un ou plusieurs des ingrédients prévus à l'article 6 ci-dessus, la mention de cet ou de ces ingrédients doit être jointe à la dénomination de vente.

\* la mention "gras" si la teneur en matière grasse, calculée sur la partie lactée, est égale au moins à 3% du poids;

— la mention "maigre" si la teneur en matière grasse, calculée sur la partie lactée, est inférieure à 1 % en poids;

— le taux de matière grasse;

— la mention "contient des céréales" pour le yaourt contenant ces produits;

\* la mention "conserver à ....." suivie de l'indication de la température à respecter.

**Article 8** : L'entrée en vigueur du présent arrêté est fixée à trois (3) mois à partir de la date de sa publication au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Article 9** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 16 Joumada Ethania 1419 correspondant au 7 octobre 1998.

Le ministre du commerce  
**Bakhti BELAIB**

Le ministre de l'agriculture et de la pêche  
**Benalia BELHOUADJEB**

# **Soins de Santé de Base**



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**ARRETE N° 00141/MSP/CAB/MIN DU 12 NOVEMBRE 1986**

**PORTANT CREATION, ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SOUS SECTEURS SANITAIRES**

Le Ministre de la Santé Publique,

Vu le décret n° 81-242 du 5 septembre 1981 portant organisation et fonctionnement des secteurs sanitaires ;

Vu le décret n° 81-65 du 18 avril 1981 modifié par le décret n° 82-20 du 16 janvier 1982 fixant les attributions du Ministre de la Santé ;

Vu l'arrêté n° 83 du 29 juillet 1981 portant création et organisation des services extrahospitaliers ;

**ARRETE :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est créé, auprès de chaque secteur sanitaire, des sous secteurs sanitaires.

**Article 2** : Le sous-secteur sanitaire est une entité géo-sanitaire, constitué de plusieurs unités sanitaires de base, regroupées autour d'une polyclinique ou, à défaut, d'un centre de santé, qui en constitue le siège technico-administratif.

**Article 3** : La création des sous secteurs sanitaires est prononcée par le wali, sur proposition du directeur de la santé de wilaya, après avis du conseil de direction du secteur sanitaire.

**Article 4** : Le sous secteur sanitaire est dirigé par un médecin généraliste fonctionnaire, assisté d'un technicien supérieur de la santé placé sous son autorité.

**Article 5** : Le médecin responsable du sous-secteur sanitaire est nommé par arrêté du Wali sur proposition du conseil de direction du secteur sanitaire.

**Article 6** : Sans préjudice des missions dévolues au directeur du secteur sanitaire, le médecin responsable du sous secteur sanitaire anime, coordonne et évalue les activités de soins et de prévention, ainsi que le fonctionnement de toutes les unités sanitaires de base, situées sur son aire géographique de compétence, tout en assurant des prestations sanitaires propres.

**Article 7** : Dans le cadre des missions dévolues au directeur du secteur sanitaire, le médecin responsable du sous secteur sanitaire anime, coordonne et évalue le fonctionnement de toutes les unités sanitaires de bases, situées sur son aire géographique de compétence, tout en assurant des prestations sanitaires propres.

Veiller au bon fonctionnement des unités sanitaires de base dans le cadre de la réglementation en vigueur ;

Assurer une coordination entre les unités sanitaires de base en vue d'une prise en charge réelle des besoins de santé de la population ;

Faciliter le déroulement des activités programmées par les services spécialisés ;

Mettre en place, en collaboration avec les médecins responsables des unités sanitaires de base, les mécanismes d'évaluation des actions engagées ;

Assurer la coordination technico-administrative entre le sous secteur, la direction du secteur sanitaire, les chefs des services spécialisés et les autorités locales.

**Article 8** : Une instruction du Ministre de la Santé Publique précisera en tant que de besoin, les dispositions du présent arrêté.

**Article 9** : L'arrêté du 29 juillet 1981 sus-visé est abrogé.

**Article 10** : Messieurs le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique, les Walis (D.S.W.) les Directeurs des Secteurs Sanitaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté.

Fait à Alger, le 12 novembre 1986

Le Ministre de la Santé Publique

وزير الصحة العمومية  
إمضاء جمال الدين حوجو

En application du programme d'action du ministère de la santé publique, adopté par le gouvernement en mai 1984, Messieurs les Directeurs de la Santé de Wilayas et les Directeurs des secteurs sanitaires sont tenus de prendre toutes mesures nécessaires pour la mise en place des sous secteurs sanitaires, après avis des conseils médicaux.

Compte tenu de l'organisation actuelle des unités sanitaires de base (polyclinique, centres de santé) en inadéquation avec les objectifs développés dans le programme d'action du Ministère de la Santé Publique, il paraît opportun de fixer les principes régissant l'organisation et le fonctionnement des sous secteurs sanitaires en vue de leur mise en place au sein des secteurs sanitaires ;

**Définition.**

Le sous secteur sanitaire est constitué par le regroupement de plusieurs unités sanitaires de base, dont l'une d'elle sert de référence au niveau d'une aire géographique délimitée (commune, quartiers au niveau des grandes agglomérations) ; le schéma-type est l'articulation de plusieurs centres de santé autour d'une polyclinique ; l'unité de référence, qui peut dans certains cas être un centre de santé important, est le siège technico-administratif du sous secteur sanitaire.

**Organisation.**

Trois principes doivent guider l'organisation des unités sanitaires de base

**2.1. La sectorisation :**

La sectorisation constitue le principe de base de l'organisation de la santé publique en Algérie ; ce principe a comme objectif la définition de la population prise en charge par une structure de santé, population correspondant à une aire géographique délimitée.

Le rattachement de la population d'une commune ou d'un ou plusieurs quartiers particulièrement dans les grandes agglomérations à une unité de sanitaire base, répond à trois raisons essentielles :

une meilleure accessibilité aux soins de santé primaires ;

une réduction du <<nomadisme>> des consultants ;

une évaluation objective des activités.

**2.2. L'intégration des activités de santé de base :**

L'intégration des activités de santé de base suppose la présence, dans toutes les polycliniques et tous les centres de santé, d'activités curatives (consultations médicales, soins infirmiers, chirurgie dentaire....) et d'activités préventives (vaccinations, consultations pré et post-natales, planification familiale hygiène scolaire, hygiène du milieu...).

Les polycliniques, elles doivent assurer en plus, des activités de soins spécialisés (pédiatrie, gynéco-obstétrique, médecine interne, pneumo-physiologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, de manière prioritaire), et de diagnostic (biologie et radiologie).

**2.3. La hiérarchisation :**

La hiérarchisation des soins se définit par la concordance entre le niveau des prestations de santé assurées et le type de structure.

Le centre de santé représente le premier niveau de prestation, qui englobe les activités de santé de base, curatives et préventives pour la population du (es) quartier (s) ou commune (s) rattaché (s).

La polyclinique représente le deuxième niveau de prestations qui regroupe :

Les activités de santé de base, curatives et préventives pour la population du (es) quartier (s) ou commune (s) rattaché (s).

Les activités de soins spécialisés et de diagnostic pour la population de quartiers ou communes couvertes par les centres de santé, ayant pour structure de référence la polyclinique.

Les services hospitaliers représentant le troisième niveau de prestations qui comporte les activités d'investigations et d'hospitalisations.

La mise en place de cette hiérarchie permet une continuité dans la prise en charge de la population, la coordination étant réalisée entre le centre de santé, la polyclinique et les services hospitaliers.

**3. Fonctionnement.**

**3.1 – L'autorité administrative :**

Les sous secteurs sanitaires sont placés sous l'autorité administrative du directeur du secteur sanitaire.

Ce dernier doit veiller, de manière prioritaire au bon fonctionnement des sous secteurs sanitaires.

En effet, la stratégie développée pour la prise en charge de la population met en relief le rôle primordial des unités sanitaires de bases, et par conséquent des sous secteurs sanitaires.

Le succès de cette approche rend nécessaire l'affectation spécifique de moyens financiers, matériels et humains, permettant la dynamisation de ces structures et l'atteinte des objectifs fixés ; ceci suppose, bien sur, une adhésion à la stratégie et un engagement à la réaliser, de la part du directeur et des organes de gestion du secteur sanitaires.

Par conséquent, dans tous les secteurs sanitaires, le directeur doit veiller à la détermination d'une quote-part dans chacun des chapitres du budget de fonctionnement aux unités sanitaires de base, quote-part liée à l'importance des programmes de soins et à la situation physique actuelle de ces structures.

**3.2 – La coordination technico-administrative :**

Le sous secteur sanitaire est dirigé par un médecin généraliste fonctionnaire ; il est assisté par un technicien supérieur de la santé, placé sous son autorité.

Il doit jouer un rôle d'animation au sein du sous secteur sanitaire, et de coordination technico-administrative entre le sous secteur sanitaire, la direction du secteur sanitaire, les chefs de services spécialisés, et les autorités locales.

Le rôle d'animation et de coordination est sous tendu par les tâches suivantes :

**3.2.1. – Au sein du sous secteur :**

Veiller au bon fonctionnement des unités sanitaires de base dans le cadre de la réglementation ;

Assurer une coordination entre les unités sanitaires de base en vue d'une prise en charge réelle de la population ;

Faciliter le déroulement des activités programmées par les services spécialisés ;

Recenser les contraintes du sous secteur sanitaire dans les domaines des moyens humains et matériels ;

Mettre en place, en collaboration avec les médecins responsables des unités sanitaires de base, un mécanisme d'évaluation par la tenue de réunions mensuelles, sanctionnées par un procès verbal.

**3.2.2.- Avec la direction du secteur sanitaire :**

Présenter les contraintes du sous secteur sanitaire et les suivre en vue de leur résolution ;  
Faire le bilan des programmes d'activités et de la gestion du sous secteur sanitaire.

**3.2.3.- Avec les chefs des services spécialisés :**

Identifier les besoins en soins de la population couverte par le sous secteur sanitaire,  
Participer à l'exécution des programmes nationaux de santé et au développement des soins spécialisés ;  
Evaluer les activités programmées.

**3.2.4.- Avec les autorités locales :**

Contribuer à l'information des autorités locales sur les programmes de santé dans le sous secteur sanitaire, en vue de leur collaboration.

Le Ministre de la Santé Publique

وزير الصحة العمومية  
إمضاء جمال الدين حوجو

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

DIRECTION DES STRUCTURES DE SANTE  
SOUS DIRECTION DE L'ORGANISATION  
ET DE L'EVALUATION DES ACTIVITES  
EXTRA-HOSPITALIERE

**CIRCULAIRE N° 001 MSP/ DSS/ SDOEAEH DU 07 FEV 1987**

MM Les Walis – Cabinets	(Pour information)
Les Chefs de Division de la Santé et de la Population	(Pour information)
Les Chefs de Service de la Santé	(Pour exécution)
Les Directeurs des Secteurs Sanitaires	(Pour exécution)

**OBJET:/ A/S Création des Sous Secteurs Sanitaires**

**REFER:/** Arrêté n°141 / MSP/CAB/MIN du 12 Novembre 1986 Portant création, organisation et fonctionnement du Sous-secteur Sanitaire

Instruction n° 142/MSP/CAB/MIN du 12 Novembre 1986 relative à la Définition, l'Organisation et le fonctionnement des Sous-secteur Sanitaire.

Afin de permettre à mes services de procéder à l'évaluation de la mise en place des Sous-secteurs Sanitaires, je vous adresse en annexe de la présente circulaire un tableau récapitulatif.

J'attire votre attention sur le strict respect du contenu des textes cités en référence, en insistant sur les 03 principes de base de la Sous Sectorisation à savoir :

**1°) La sectorisation**

Qui vise la prise en charge d'une population bien définie correspondant à l'aire géographique du sous secteur sanitaire.

**2°) L'Intégration**

Qui consiste en l'existence d'activités préventives et curatives dans toutes les unités composant le sous-secteur sanitaire.

A ce titre je vous signale que la PMI et le DAT entres autres n'existent pas en tant que structures individualisées dans la nomenclature officielle des structures extra-hospitalières (établie par télex n° 0007 du 10 Janvier 1984 et par circulaire n° 0009 /MSP/DSS/SDOEAEH du 30/12/1985) mais en tant qu'activités intégrées et donc en aucun cas elles ne doivent figurer en tant que structure individualisée dans la composition des sous-secteurs sanitaires.

**3° ) La hiérarchisation**

Le Centre de Santé est le premier niveau de prestations de soins ou il existe des activités curatives et préventives.

La Polyclinique est le deuxième niveau des prestations de soins, ou il existe également des activités curatives, préventives et des activités de soins spécialisés.

Les services hospitaliers représentent le 3<sup>ème</sup> niveau des prestations qui comporte les activités d'investigation et d'hospitalisation.

Je vous demande de remplir le tableau récapitulatif avec le maximum de précision et de me le retourner au plus tard le 28 février 1987.

J'attache beaucoup de prix à l'exécution du contenu de cette circulaire.

LE DIRECTEUR DES STRUCTURES DE LA SANTE  
**SIGNE : DR/ GRABA.M.K.**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE LA POPULATION

DIRECTION DES SERVICES DE SANTE

**CIRCULAIRE N° 03 /MSP / DSS / DU 02 MARS 1997**

**DESTINATAIRES :**

MESSIEURS LES DSPTS (TOUS)

MESSIEURS LES DIRECTEURS DE SECTEURS SANITAIRES (TOUS)

**OBJET /: Supports d'informations des unités Sanitaires de Bases.**

Dans le cadre de la réhabilitation des unités sanitaires de bases, j'ai l'honneur de vous communiquer les supports d'information cités en annexe.

Je vous demande de procéder à la diffusion de ces documents et à leur mise en application au niveau des unités sanitaires de base, et ce à compter du 01 avril 1997.

J'attache une importance particulière au lancement de ce processus de maîtrise du fonctionnement, de l'organisation et de la réhabilitation des unités de santé de base.

LE DIRECTEUR DES SERVICES DE SANTE

**DR. A CHAKOU**

SUPPORTS D'INFORMATION DE L'UNITE SANITAIRE DE BASE

Registre de Doléances  
Registre des Consultations Médicales  
Registre des Consultations Dentaires  
Registre de Soins  
Registre des Vaccinations + CCC  
Registre des Maladies à Déclaration Obligatoire  
Registre de Surveillance des Grossesses  
Registre de Vaccination AntiTétanique  
Registre de l'Espacement des Naissances  
Registre des Méthodes Contraceptives  
Registre de Surveillance des Enfants  
Carnet de Santé  
Registre de Contrôle et de surveillance des malades diabétiques  
Registre de contrôle et de Surveillance de RAA  
Registre de Contrôle et de Surveillance de l'H.T.A  
Registre de Déclaration de la Lutte Antituberculeuse  
Registre de Contrôle des Etablissements Alimentaires et recevant le Public  
Registre de prélèvement d'eau pour examens Bactériologique  
Registre de prélèvement d'eau pour colimétrie  
Registre d'activités de laboratoire  
Registre d'activités de radiologie  
Dossier du patient et de sa famille  
Bilan quotidien d'activité  
Rapport d'activité mensuel  
Rapport trimestriel d'activité  
Registre de Passation de Consignes (si point de garde)  
Registre de garde  
Registre des évacuations  
Registre des maladies chroniques orientées  
Registre du matériel consommable et non consommable (entrée-sortie).  
Registre des produits pharmaceutiques (entrée- sortie- date de péremption)

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**ARRETE N° 33/MSP/DU 27 MAI 1996 PORTANT ACTUALISATION DE L'ORGANISATION DES ACTIVITES DES  
STRUCTURES DE SOINS DE SANTE DE BASE**

Le Ministre de la Santé et de la Population,  
Vu la loi N° 85-05 du 16 Février 1985 modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé,  
Vu le décret présidentiel N°96-01 du 14 Chaabane 1416 correspondant au 05 Janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement,  
Vu le décret exécutif N°96-66 du 07 Ramadhan 1416 correspondant au 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population,  
Vu l'arrêté N° 22 du 24 Novembre 1981 portant organisation et fonctionnement des secteurs sanitaires,  
Vu l'arrêté N° 141 du 12 Novembre 1986 portant création et organisation des sous-secteurs sanitaires,  
Vu l'arrêté N°01 du 02/1/1991 portant organisation des activités d'une polyclinique, d'un centre de santé d'une salle de consultation et de soins, d'une maternité type rural.

**ARRETE:**

**Article 1<sup>er</sup>** : L'organisation des activités des structures de soins de santé de base est actualisée conformément aux documents joints en annexe.

**Article 2°** : Le directeur de services de santé, Le directeur de la prévention, Les directeurs de la santé et de la protection sociale sont chargés, en ce qui le concerne de la mise en application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

DIRECTION DES SERVICES DE SANTE.

**ACTIVITES DEVELOPPEES AU SEIN D'UNE POLYCLINIQUE.**

**1/-DEFINITION ET RÔLE :**

Siège technico-administratif, elle coordonne, impulse, contrôle et évalue les activités et le fonctionnement de toutes les unités sanitaires de base existantes dans la commune ou le quartier dont elle à la charge, tout en assurant des prestations sanitaires propres.

**2/-ACTIVITES :**

**2.1-Activites administratives :**

- Organisation et fonctionnement des divers services de la polyclinique.
- Tenue des registres, dossiers, fichiers médico-sanitaires et autres Supports d'information.
- Secrétariat médical.
- Tenue des différents documents de gestion.
- Organisation des activités du sous-secteur sanitaire.
- Contrôle et évaluation des activités et du fonctionnement des unités du «sous secteur».
- Gestion de l'équipement, du matériel du personnel du Sous-secteur.
  - Gestion des produits pharmaceutiques, d'entretien, etc. ...
- Etablissement et transmission à l'administration du secteur sanitaire des divers rapports d'activités.
  - Transmission des résultats de l'évaluation des activités et du fonctionnement des unités et du « Sous-Secteur ».
- Coordination avec les différents services techniques et administratifs du secteur sanitaire.

**2.2-Activites techniques :**

**2.2-1-Activités préventives :**

- Surveillance épidémiologique et lutte contre les maladies transmissibles.
- Surveillance et contrôle de l'hygiène du milieu.
- Surveillance et contrôle de certaines maladies non transmissibles.
- Protection maternelle et infantile.
- Espacement des naissances.
- Education sanitaire.
- Protection des jeunes en milieu scolaire et universitaire.
- Médecine du travail.
- Application des programmes nationaux de santé.

**2.2-2-Activités curatives :**

**a)-Soins infirmiers.**

- Pratique des injections.
- Activités de soins, pansement et petite chirurgie.

**b)-Activités médicales :**

- consultation de médecine générale.
- consultation de spécialités : la nature et l'organisation sont définis par le règlement intérieur type des secteurs sanitaires les principales étant :

- \*La pédiatrie.
- \*L'ophtalmologie.
- \*La gynécologie-obstétrique.
- \*La médecine interne.
- \*L'oto-rhino laryngologie.
- activités d'odontostomatologie.

**c)-Prothèse dentaire.**

- d)-Urgences médico-chirurgicales.

2.2-3-Explorations fonctionnelles et morphologiques.

2.2-4-Participation la formation et au recyclage des personnels de santé.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION  
DIRECTION DES SERVICES DE SANTE

**ACTIVITES DEVELOPPEES AU SEIN DU CENTRE DE SANTE**

**1/- DEFINITION ET RÔLE :**

Le centre de santé est l'unité de base du Sous-secteur Sanitaire chaînon intermédiaire entre la polyclinique et la salle de soins et de consultation, il constitue la structure essentielle en matière de <<soins de santé primaires>>.

Le centre de santé est organiquement attaché au siège du sous-secteur exceptionnellement le centre de santé peut être le siège du sous secteur.

**2/- ACTIVITES :**

Activités administratives :

- Coordination des différentes activités du centre.
- Tenue des registres, dossiers, fichiers médico-sanitaires et autres supports d'information.
- Secrétariat médical.
- Tenue des différents documents de gestion.
- Gestion du matériel, de l'instrumentation, des produits pharmaceutiques et d'entretien.
- Evaluation des activités.

Activités techniques :

- Coordination avec la polyclinique ou un autre centre de santé siège du Sous-secteur Sanitaire.
- Etablissement et transmission à la polyclinique des divers rapports d'activités et information.

Activités préventives :

- Surveillance épidémiologiques et lutte contre les maladies, transmissibles
- Surveillance et contrôle de l'hygiène du milieu.
- Surveillance et contrôle de certaines maladies non transmissibles.
- Protection maternelle et infantile.
- Espacement des naissances.
- Protection des jeunes en milieu scolaire et universitaire.
- Application des programmes nationaux de santé.
- Education sanitaire : Information, Education Communication.

Activités Curatives :

- a)-Soins infirmiers :
  - Pratiques des injections
  - Activités de soins, pansements et petite chirurgie.
- b)-Activités médicales :
  - Consultations de médecine générale.
  - Activités d'odontostomatologie.
- c)-Urgences médico-chirurgicales.
- d)-Explorations fonctionnelles et morphologiques.
- e)-Participation à la formation et au recyclage des personnels de santé.



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION  
DIRECTION DES SERVICES DE SANTE

**ACTIVITES DEVELOPPEES AU SEIN  
D'UNE SALLE DE SOINS ET DE CONSULTATION**

**1/- DEFINITION ET ROLE :**

La salle de soins et de consultation est l'unité de santé du Sous-secteur sanitaire la plus avancée en milieu rural et à l'habitat dispersé. Elle constitue le pôle de développement de certaines unités de <<soins de santé primaires>> et des structures de rattachement d'autres.

**2/ ACTIVITES :**

**2.1- Activités administratives :**

- Tenue des registres, dossiers, fichiers médico-sanitaires et autres supports d'informations.
- Etablissement et transmission des divers rapports d'activités et Information au centre de santé et / ou la polyclinique.
- Gestion du matériel, de l'instrumentation, des produits pharmaceutiques et d'entretien.

**2.2- Activités techniques :**

**2.2.1- Activités préventives.**

- Surveillance épidémiologiques et lutte contre les maladies transmissibles
- Surveillance et contrôle de l'hygiène du milieu.
- Surveillance de certaines maladies non transmissibles.
- Protection maternelle et infantile.
- Espacement des naissances.
- Protection des jeunes en milieu scolaire.
- Application des programmes nationaux de santé.
- Education sanitaire.

**2.2.2 Activités curatives.**

**a)- Soins infirmiers.**

- Pratique des injections.
- Activités de soins de pansements.

**b)-Activités médicales.**

Consultation de médecine générale, le rythme et l'organisation sont définis par le règlement type des secteurs sanitaires dans le cadre de l'organisation et du fonctionnement du Sous-Secteur.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DES SERVICES DE SANTE

**ACTIVITES DEVELOPPEES AU SEIN D'UNE MATERNITE**

**EXTRA-HOSPITALIERE**

**1/- DEFINITION ET ROLE :**

La maternité type rural constitue l'unité opérationnelle la plus proche des populations dans les campagnes permettant d'élargir la prise en charge des accouchements en milieu assisté.

Incorporé au sein d'une unité de base (polyclinique ou centre de santé) d'une capacité de 10 lits, en moyenne assurant une activité intégrée dans le cadre des soins de santé primaires, elle participe à la lutte pour la diminution, de la mortalité maternelle, infantile et néo-natale.

**2/- ACTIVITES :**

2. 1 Activités techniques (activités de PMI inclus) :
  - Dépistage des grossesses à haut risque (orientation vers l'hôpital ou sur un service de gynécologie-obstétrique).
  - Préparation psychoprophylactique à l'accouchement.
  - Préparation à l'accueil du nouveau-né.
  - Pratique de l'accouchement normal.
  - Soins urgents du nouveau né.
  - Vaccinations.
  - Examens du post-partum.
2. 2 - Activités administratives et d'évaluation :
  - Etablissement des divers certificats réglementaires.
  - Protocoles d'accouchement.
  - Tenue du registre de consultation.
  - Etablissement des carnets de vaccinations.
2. 3 - Participation à la formation des personnels de santé.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**DIRECTION DES SERVICES DE SANTE**

**CIRCULAIRE N° 002 / MSP/DSS DU 18 SEPTEMBRE 1996**

**DESTINATAIRES** : Messieurs les DSPS (Tous)  
: Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires (Tous)

**OBJET** : A/S du renforcement des soins de santé de base

J'ai l'honneur de vous communiquer les documents suivants entrant dans le cadre de renforcement des soins de santé de base.

- 1°/ Arrêté n° 33/ MSP/du 27 mai 1996 portant actualisation de l'organisation des activités des structures de soins de santé de base.
- 2°/ Arrêté n°34/MSP/ du 27 mai 1996 portant nomenclature des équipements d'une polyclinique.
- 3°/ Fiche d'identification d'une unité sanitaire de base.
- 4°/ Monographie de l'unité sanitaire de base.
- 5°/ Supports d'information de l'unité sanitaire de base.
- 6°/ Comment élaborer un programme en fonction de l'état des lieux et des indicateurs de santé.
- 7°/ Evaluation des activités et programmes développés de l'unité sanitaire de base.

La présentation et les discussions autour des dispositifs de la documentation et de leur initiation et feront à l'occasion de regroupements régionaux.

J'attache une importance particulière au lancement de ce processus de maîtrise du fonctionnement de l'organisation et de réhabilitation des unités sanitaires de base et au renforcement des soins de santé de base.

**LE DIRECTEUR.  
CHAKOU**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**ARRETE N° 34 / MSP / DU 27 MAI 1996 PORTANT NOMENCLATURE  
DES EQUIPEMENTS D'UNE POLYCLINIQUE**

Le Ministre de la santé et de la Population,

- Vu la loi N° 85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé.
- Vu le décret présidentiel n°96-01 du 14 Chaabane 1416 correspondant au 05 Janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement.
- Vu le décret exécutif N° 96-66 du 07 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la santé et de la population.
- Vu l'arrêté N° 22 du 24 Novembre 1981 portant organisation et fonctionnement des secteurs sanitaires.
- Vu l'arrêté 141 du 12 Novembre 1986 portant création et organisation des sous secteurs sanitaires.
- Vu l'arrêté N° 01 du 02/01/1991 portant organisation des activités d'une polyclinique, d'un centre de santé d'une salle de consultation et de soins, d'une maternité type rural.

**A R R E T E**

**ARTICLE 1<sup>er</sup>** : La nomenclature des équipements d'une polyclinique est fixée conformément au document joint en annexe.

**ARTICLE 2°** : Le Directeur de services de santé, Le Directeur de la prévention, les Directeurs de la santé et de la protection sociale sont chargés chacun, en ce qui le concerne, de la mise en application du présent arrêté.

LE MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA POPULATION

**Yahia GUIDOUM**

## P R E A M B U L E

Ce travail a été en partie inspiré des documents de la direction des services extra-hospitaliers, concernant les équipements types de la polyclinique fait en février 1980 et Avril 1983.

Les articles sont désignés en fonction de chaque activité. Lorsque la même activité est assurée dans un centre de santé ou une salle de soins, l'équipement est identique.

L'équipement de la salle de pansements a été complété de telle façon, qu'avec un des cabinets de consultation de médecine générale et la salle d'injections, en puisse constituer une unité d'urgences médico-chirurgicales primaires, peuvent également mettre en condition, avant évacuation, les malades nécessitant une prise en charge hospitalière.

Les équipements des cabinets de consultations de gynécologie-obstétrique, d'O.R.L, d'Ophthalmologie ont été, après avis des spécialistes concernés révisés en se référant au document sur les équipements des consultations externes spécialisées des hôpitaux de Novembre 1985. Ainsi toute pathologie pouvant être traitée en ambulatoire pour être prise en charge par la polyclinique.

La maternité et la salle de radiologie ont été complétées en équipement.

Les équipements de rééducation et prothèse dentaire par polyclinique n'ont pas été retenus.

### FICHIER DE POLYCLINIQUE

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
- Bureaux simples	02	
- Chaises	04	
- Armoires vestiaires	03	
- Armoires métallique fermant à clef	01	
- Fichier pour malades (classeurs cases coulissantes)	03	
- Fichier métallique ordinaire	03	
-Téléphone	01	
- Corbeille à papier	01	

### BUREAU DE MEDECIN CHEF DE LA POLYCLINIQUE

DESIGNATION DES ARTICLES	NBRE	OBS
- Bureau à dessus stratifié ayant 2 coffres, 2 tiroirs fermant à clef	01	
- Fauteuil de bureau tournant	01	
- Chaises avec siège à soufflet	04	
- Armoires métallique fermant à clef	01	
- Bibliothèque	01	
- Armoire vestiaire fermant à clef	01	
- Corbeille à papier	01	

### SECRETARIAT DE LA POLYCLINIQUE

DESIGNATION DES ARTICLES	NBRE	OBS
- Bureau secrétaire	01	
- Chaises à siège à soufflet	03	
- Bureau pour machine à écrire	01	
- Machine à écrire	01	
-Fichier métallique ordinaire	03	
- Armoire vestiaire	01	
- Armoire métallique	01	
- Téléphone	01	
- Corbeille à papier	01	

### LOCAL POUR VESTIAIRES

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
-Avec séparation hommes et femmes - Armoire vestiaire fermant à clef	01	

**EQUIPEMENT TYPE D'UN CABINET DE  
CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE**

<b>DESIGNATION DES ARTICLES</b>	<b>QUANTITES</b>	<b>OBS</b>
<b>- 1- MOBILIERS</b>		
- Bureau à dessus stratifié ayant 2 coffres, 2 tiroirs fermant à clef	01	
- Rideau	01	
- Fauteuil de bureau tournant	01	
- Chaises	04	
- Armoires vestiaires	01	
- Porte manteau	01	
- Armoire métallique fermant à clef	01	
- Classeur cases coulissantes	01	
- Nécessaire pour chauffage	01	
- Téléphone	01	
- Paravent	01	
<b>- 2- MATERIEL MEDICAL</b>		
- Table d'examen		
- Escabeau à 2 ou 3 marches	01	
- Tabouret à vis à hauteur variable	01	
- Armoire vitrée	01	
- Guéridon roulant	01	
- Négatoscope 2 plages	01	
- Bascule adulte	01	
- Bascule pèse bébé	01	
- Scialytique campe sur pied mobile	01	
- Sceau à pansement à pédale	01	
- Spiromètre	01	
- Tableau d'acuité visuelle alphabet arabe	01	
- Tableau d'acuité visuelle alphabet latin	01	
- Tableau d'acuité visuelle alphabet pour illettré	01	
- Toise adulte	01	
- Toise bébé	01	
- Otoscope médical	01	
- Stéthoscope obstétrical	01	
- Tensiomètre adulte	01	
- Tensiomètre enfant	01	
- Mètre ruban	01	
- Marteau à réflexe	01	
- Lampe de poche	01	
- Thermomètre	01	
- Miroir laryngé	01	
- Stylet porte coton droit	01	
- Stylet porte coton courbe	02	
- Verre à pied gradué	02	
- Abaisse langue métallique coudé	01	
- Lampe à alcool	01	
- Tambour 320 x 200 contenant	01	
• spéculum vaginal G.M	03	
• spéculum vaginal M.M	03	
• spéculum vaginal P.M	02	
• Rectoscope	10	
• Pince de peau 25 cm	01	
- Tambour 200x200 mm pour gants	01	
- Tambour 200x200 mm pour doigtiers	01	
- Tambour 200x200 mm pour compresses	01	
- Tambour 200x200 mm pour coton	01	
- Support en bois pour sécher les lames	01	
- Support portes tubes à essai	01	
- Pince en bois pour tube à essai	02	
- Plateau à servir 30x40 cm	01	
- Plateau à servir 24x18 cm	02	
- Haricots	02	
- Cupule	02	
- Une boîte métallique 250x160x60 contenant 30 aiguilles I.M.	02	
- Une boîte métallique 250x160x60 contenant des aiguilles de Kuss (3 PM,3 cm)	01	
- Brosse chirurgicale pour ongle	01	
- Flacon pissettes plastiques	01	
<b>- 3- CONSOMMABLES</b>		
- Lames	04	
- Lamelles	100	
- Tubes à essai	100	
- Ecouvillons sur tubes stériles	20	
- Boîtes pour prélèvements de crachats	20	
- Gants	20	
- Doigtier 2 doigts doigtier 1 doigt	20	
- Boite de réactifs pour analyse instantanée (sang, urines)	20	
- Boite de 100 abaisses langues en bois	01	
	01	

**EQUIPEMENT TYPE D'UNE SALLE D'INJECTIONS**

<b>DESIGNATION DES ARTICLES</b>	<b>QUANTITES</b>	<b>OBS</b>
- Paravent	01	
- Table de consultations	01	
- Escabeau à 2 à 3 marches	01	
- Bureau simple avec tiroirs fermant à clef	01	
- Chaises	03	
- Porte manteau	01	
- Armoire vestiaire	01	
- Armoire métallique	01	
- Guéridon sceau à pansement à pédale	01	
- Stérilisateur (poupinel)	01	
- Plateau 30x40 mm	03	
- Plateau 24x18 mm	10	
- Garrots	02	
- Tambour (200x200mm) pour coton	01	
- Flacons pissettes plastiques	03	
- Boite métallique 250x160x60 pour stériliser les seringues		
- Seringues à 2 cc	10	
- Seringues à 5 cc	30	
- Seringues à 10 cc	30	
- Seringues à insuline	30	
- Aiguilles IV (Bte de 12)	10	
- Aiguilles IV (Bte de 12)	03	
- Aiguilles S/C (Bte de 12)	06	
- Aiguilles ID (Bte de 12)	06	
- Réfrigérateur	03	
- Nécessaire à chauffage	01	
- Téléphone	01	

**EQUIPEMENT TYPE D'UNE SALLE DE PANSEMENTS D'UNE POLYCLINIQUE**

<b>DESIGNATION DES ARTICLES</b>	<b>QUANTITES</b>	<b>OBS</b>
<b>1- MOBILIER :</b>		
- Table	01	
- Chaises	03	
- Armoires vestiaires	02	
- Porte manteau	01	
- Armoire métallique fermant à clef	02	
- Nécessaires pour chauffage	01	
- Réchaud à gaz 2 feux	01	
- Téléphone	01	
- Paravent	01	
<b>2- MATERIEL MEDICAL :</b>		
- Table d'examen	01	
- Escabeau à 2 à 3 marches	01	
- Tabouret à vis à hauteur variable	01	
- Armoire vitrée	01	
- Négatoscope deux plages	01	
- Guéridons roulants	02	
- Asplane mobile	01	
- Scialytique	01	
- Sceau à pansements à pédales	01	
- Obus d'oxygène avec masque et manomètre	01	
- Boites métallique 250x160x60 pour pansements contenant chacune :		
- Ciseaux droits mousses 16 cm	01	
- Ciseaux de lister	01	
- Pince de Kocher 16 cm	01	
- Pince de peau 16 cm	01	
- Pince à disséquer sans griffes 16 cm	01	
- Boites métalliques 250x160 pour sutures contenant chacune	01	
- Ciseaux courbes mousses 16 cm		
- Pince hémostatique droite 16 cm	05	
- Pince Kocher 16 cm	01	
- Pince à disséquer à griffes 16 cm	01	
- Pince porte aiguilles 16 cm	01	
- Boites métalliques 250x160x60 pour parage contenant chacune :		
- Ciseaux droits mousses 16 cm	01	
- Ciseaux courbes mousses 16 cm		
- Pince à champs	02	
- Pince hémostatique droite 16 cm	01	
- Pince hémostatique courbe 16 cm	01	
- Pince à disséquer sans griffes 16 cm	02	
- Pince porte aiguilles 16 cm	01	
- Manche de bistouri à lames interchangeable	01	
- Ecarteur farabœuf 16 cm	01	
- Sonde cannelée	01	
- Stylet 16 cm	01	
- Boite métallique 250x160x60 pour sondes urétrales	02	
- Boite métallique 250x160x60 pour seringues contenant chacune :		
- Seringues en verre 2 cc	01	
- Seringues en verre 5 cc		
- Seringues en verre 10 cc		
- Aiguilles IM	01	
- Aiguilles IV	04	
- Aiguilles S/C	02	
	02	
	05	
	05	

**EQUIPEMENTS DIVERS POUR UNE POLYCLINIQUE**

<b>DESIGNATION DES ARTICLES</b>	<b>QUANTITES</b>	<b>OBS</b>
- Chariot pour transport de malade couché	01	
- Brancards	02	
- Ambulance	01	
- Véhicule de liaison	01	
- Electrocardiogramme	01	
- 1 Echographe par secteur sanitaire		



**EQUIPEMENTS TYPE D'UN LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE**

<b>DESIGNATION DES ARTICLES</b>	<b>QUANTITES</b>	<b>OBS</b>
- Centrifugeuse de paillasse	01	
- Etuve bactériologique	01	
- Poupinel	01	
- Microscope	02	
- Bec Bunsen	04	
- Bain marie 37°	01	
- Agitateur électrique	01	
- Minuterie	01	
- Armoire	04	
- Bureau	02	
- Chaise	01	
- Tabouret	02	
- Vestiaire	05	
- Chauffage	03	
- Paillasse Standard amovible	01	
- Réfrigérateur	01	
- Chariot	01	
- Grand plateau	01	
- Haricots	03	
- Poubelle avec couvercle	01	
- Porte manteau	01	
- Armoire vitrée	01	
- Fichier	01	

**EQUIPEMENTS TYPE D'UN LABORATOIRE DE BIOCHIMIE**

<b>DESIGNATION DES ARTICLES</b>	<b>QUANTITES</b>	<b>OBS</b>
- Balance monoplateau	01	
- Microscope binoculaire	03	
- Centrifugeuse pour microtests 1,5 mm	01	
- Spectrophotomètre de paillasse	01	
- Bain marie de sérologie	01	
- Etuve	01	
- Poupinel	01	
- Micro centrifugeuse pour micro hématocrite	01	
- Centrifugeuse de table type 200 JOUAN avec accessoires pour microtube de 1 ,5 ml	01	
- Centrifugeuse type BR (JOUAN) avec adaptateur pour tube à hémolyse de 6 ml et tubes de 15 ml	01	
- Balance de Roberval (portée Max 3 kg)	01	
- Bain marie 37° (pour hématose transparent)	01	
- Agitateur électrique (type Kline)	01	
- Rhéuscope équipé d'une plaque d'opoline	01	
- Photomètre à flamme	01	
- Compteur manuel pour équilibre leucocytaire	02	
- Armoire	02	
- Bureau	01	
- Chaises	03	
- Tabouret de manipulation	04	
- Réfrigérateur	01	
- Minuterie	01	
- Chariot	01	
- Grand plateau	04	
- Haricot	04	
- Armoire vitrée	01	
- Poubelle avec couvercle	01	
- Porte manteau	01	
- Fichier	01	
- Tambour compresse	01	
- Négatoscope 2 plages	02	
- Poire pour vessie de compression	04	
- Vessie de compression 150 mm	01	
- Vessie de compression 120 mm	01	
- Vessie de compression 100 mm	01	
- Vessie de compression 80 mm	01	
- Cueillette de palpation	01	
- Ventilateur pour chambre noire	01	

**EQUIPEMENT TYPE D'UNE SALLE DE RADIOLOGIE**

<b>DESIGNATION DES ARTICLES</b>	<b>QUANTITES</b>	<b>OBS</b>
- Table de radiologie standard avec accessoires scopiographie 500 M.A	01	
- Cadre porte films à pinces 18 x 24	10	
- Cadre porte films à pinces 13 x 18	10	
- Cadre porte films à pinces 36 x 43	10	
- Cadre porte films à pinces 35 x 35	06	
- Cadre porte films à pinces 30 x 40	06	
- Cadre porte films à pinces 24 x 30	10	
- Cassettes porte films avec écran renforçateur 36x43	06	
- Cassettes porte films avec écran renforçateur 35x35	08	
- Cassettes porte films avec écran renforçateur 24x30	10	
- Cassettes porte films avec écran renforçateur 18x24	10	
- Cassettes porte films avec écran renforçateur 13x18	06	
- Cuves de 20 litres avec couvercle emboîtant	02	
- Cuves de 10 litres avec couvercle emboîtant	10	
- Chauffe bain électrique	02	
- Cisaille coupe films 36 x 43	02	
- Coupes coins type hôpital	02	
- Gants anti X	02	
- Grille de LYSHOM 24 x 30	02	
- Grille de LYSHOM 30 x 40	02	
- Lanterne de WRATTON murale	02	
- Marqueur de film modèle 57	02	
- Tablier anti X plombé	02	
- Tube laveur	02	
- Thermomètre flotteur	02	
- Jeu de colis radiologiques	02	
- Lunettes anti X avec verre rouge d'adaptation	02	
- Lunettes d'adaptation	02	
- Support de cadre porte films	02	
- Minuterie réveil 30 mm	02	
- Plafonnier duplex à vapeur de sodium	02	
- Sécheuse électrique pour 60 films	01	
- Porte cassette mural	02	

**MATERIEL POUR LA SALLE D'HOSPITALISATION**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
- Bassins de lits	03	
- Potences	03	
- Couveuses avec obus d'oxygène	01	
- Obus d'oxygène avec masque	01	
- Tambour 320x200 mm contenant		
• Spéculums vaginaux M.M	05	
• Spéculums vaginaux G.M	05	
- Tambour 200x200 mm pour gants	02	
- Tambour 200x200 mm pour doigtiers	02	
- Tambour 200x200 mm pour compresses	02	
- Tambour 200x200 mm pour coton	01	
- Tambour pour sondes vésicales	01	
- Plateaux à servir métalliques 30 x 40 cm	05	
- Plateaux à servir métalliques 24 x 18 cm	05	
- Haricots	02	
- Capsule	02	
- Boites métalliques 250 x160 x 60 pour seringues contenant chacune :	03	
• Seringues à 10 cc		
• Seringues à 5 cc	02	
• Aiguilles pour I.M	02	
• Aiguilles pour I.V	10	
- Boites métalliques 250 x160 x 60 pour seringues à B.C.G contenant :	10	
• Seringues à B.C.G		
• Aiguilles I.D	01	
- Flacons pissetes plastiques	05	
- <u>Matériel pour la salle d'hospitalisation</u>	20	
- Boites métalliques 250 x 160 x 60 pour agrafes contenant :		
• Pince de Michel à affronter avec haricot	06	
• Pince de Michel à révolter	01	
• Porte agrafes	01	
• Agrafe de Michel 12 mm	01	
• Agrafe de Michel 16 mm	01	
- Boites métallique 250 x 160 x 60 pour petite urgence ORL contenant :		
• Pince de Hartmann à mors courbes pour corps étrangers.	100	
• Crochet pour corps étrangers des fosses nasales	100	
• Curette pour corps étrangers des fosses nasales	01	
• Ouvre bouche de Doyen pour adulte	01	
• Ouvre bouche de Doyen pour enfant	01	
- Tambours 320 x 200 mm pour champs percés	01	
- Tambours 320 x 200 mm pour gants	01	
- Tambours 320 x 200 mm pour compresses	01	
- Tambours 200 x 200 mm pour coton	02	
- Plateaux à servir 30 x 40 mm	02	
- Plateaux à servir 24 x 18 mm	02	
- Haricots	01	
- Scie à plâtre	01	
- Jeu de cisailles pour plâtre	02	
- Flacons pissettes plastiques	02	
- Attelles de KRAMER adultes	01	
- Attelles de KRAMER enfants	01	
- Attelles de coude adultes	01	
- Attelles de coude enfants	20	
- Brosses chirurgicales pour ongle	20	
- Bloc à lavements avec canules	20	

**SALLE D'OBSERVATION**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
- Lits + matelas + couvertures	04	
- Armoires vestiaires	04	
- Potences	02	
- Aspirateur mobile	01	
- Bassin de lit	02	
- Urinoirs hommes (pistolet)	02	
- Urinoirs femmes (pistolet)	02	
- Nécessaire à chauffage	01	
- Obus d'oxygène avec masque	01	
- Paravent de séparation hommes / femmes	01	

**EQUIPEMENTS TYPE D'UN CABINET DENTAIRE  
POUR UN FAUTEUIL DENTAIRE**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
- Fauteuil dentaire	01	
• Scialytique		
• Radiographie		
• Tablette (Turbine – contre angle- liège à main		
• Unité dentaire		
• Compresseur		
- Armoire à rangement des instruments	01	
- Bureau	01	
- Chaises	03	
- Fichier	04	
- Stérilisateur (poupinel)	01	
- Haricot	01	
- Plateau	02	
- Tambour	10	
- Pipettes pour alcool		
- Seringues à carpules		
<b><u>INSTRUMENTATION :</u></b>		
- Maxillaire supérieur		
• Davier bloc incisif	02	
• Davier bloc canin prémolaire	04	
• Davier bloc molaire gauche	04	
• Davier bloc molaire droite	02	
• Davier bloc dent de sagesse	02	
• Davier racine	04	
• Elévateur droit	04	
• Syndesmotome	04	
<b><u>MANDIBULE :</u></b>		
• Davier bloc incisive canin	04	
• Davier bloc prémolaire	04	
• Davier molaire	06	
• Davier bloc dent de sagesse	04	
• Davier racine	04	
• Elévateur coudé gauche	02	
• Elévateur coudé droite	02	
• Syndesmotome faucille	06	
- Autres instruments pour petite chirurgie		
• Porte bistouri	02	
• Arrache apex	02	
• Arrache couronne	02	
• Scalpel	02	
• Pince gouee	01	
• Râpe à os	01	
- Instruments de dentisterie opératoire		
• Précelle	10	
• Sonde	10	
• Miroir et porte miroir	10	
• Excavateur double	10	
• Spatule à laxer en acier INOX	04	
• Spatule à bouche	10	
• Spatule à malaxer en Agathe	04	
• Fouloir amalgame double	08	
• Brunissoir différentes formes	08	
• Pistolet à amalgame	04	
• Porte matrice+rouleau matrice	04	
• Porte digue et digue	02	
• Mélangeur à amalgame automatique	01	
- Instrumentation pour parodontologie		
• Matériel complet pour détartrage « CAVITRON » + Insert (jeu complet)	01	
- Matériel divers		
• Boite en métal pour instruments	03	
• Poubelle	01	
• Cuvette pour nettoyage des instruments	02	

**EQUIPEMENT TYPE D'UN CABINET DE CONSULTATION DE GYNECO-OBSTETRIQUE**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
<b>1/- MOBILIER :</b>		
- Mobilier type d'un cabinet de consultation de médecine générale	01	
- Paravent	01	
<b>2/- MATERIEL MEDICAL :</b>		
- Table d'examen de gynécologie à 3 plateaux matelassées avec épaulière et porte jambes	01	
- Escabeau à 2 ou 3 marches	01	
- Tabouret à vis à hauteur variable	01	
- Armoire vitrée	01	
- Guéridon roulant	01	
- Négatoscope à 2 plages	01	
- Bascule adulte	01	
- Scialytique	01	
- Sceau à pansement à pédale	01	
- Toise adulte	01	
- Stéthoscope obstétrical	01	
- Tensiomètre adulte	01	
- Mètre ruban	01	
- Marteau à réflexe	01	
- Thermomètre	01	
- Pelvimètre de collyre	01	
- Microscope binoculaire	01	
- Pince à servir (péan) 25 cm	02	
- Verre à pied gradué	01	
- Tambour 320x200 contenant chacun :	02	
• Spéculum vaginal P.M	05	
• Spéculum vaginal M.M	10	
• Pince PEAN 25 cm	20	
- Tambour 200x200 mm pour gants	01	
- Tambour 200x200 mm pour doigtier	02	
- Tambour 200x200 mm pour compresses	01	
- Tambour 200x200 mm pour coton	01	
- Boite métallique 250x150x60 pour accouchement contenant :		
• Pince COCHER 16 cm	02	
• Ciseaux droits mousse 16 cm	01	
• Ligature pour cordon	01	
- Boite métallique 160x160x60 contenant chacune :	02	
• Pince de POZZI	05	
• Pince de MUZEUX	05	
• Hystéromètres	05	
• Ciseaux courbes 25 cm	02	
- Support en bois pour sécher les lames	01	
- Support portes tubes à essai	01	
- Pince en bois pour tube à essai	04	
- Plateaux à servir 30 x 40 cm	04	
- Plateaux à servir 24 x 18 cm	04	
- Haricots	02	
- Capsules	02	
- Brosses chirurgicales pour ongles	06	
- Flacons pissettes plastiques	100	
<b>3/- CONSOMMABLES :</b>	100	
- Lames	20	
- Lamelles	50	
- Tubes à essai	50	
- Ecouvillons sur tubes stériles	100	
- Gants	10	
- Doigtier 2 doigts	04	
- Fils d'acier 4/10	04	
- Canule aspiratrice pour oreille	02	
- Boîtes métalliques pour instrument 250x160x60	05	
<b>4/- MATERIEL POUR EXAMEN DU NEZ</b>		
- Spéculum nasal enfant	20	
- Spéculum nasal adulte	02	
- Spéculum à longue	01	
- Jeux de spéculum de PALMER	02	
- Pince de lubet barbon à griffes	02	
- Pince de lubet barbon sans griffes	02	
- Pince de lubet barbon en gouttière	01	
- Miroir de CLAETZE	02	
- Pulvérisateur ORL	03	
- Boites métalliques pour instrument 250x160x60		
<b>5/- MATERIEL POUR EXAMEN DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX</b>		
- Ouvre bouche de DOYEN adulte	02	
- Ouvre bouche de DOYEN enfant	02	
- Bâillon ouvre bouche adulte	02	
- Bâillon ouvre bouche enfant	02	
- Abaisse langue double coudé métallique	20	
	01	

<b>6/ - MATERIEL POUR EXAMEN DE LARYNX</b>		01	
- Dilatateur de LABORDE		01	
- Série de miroirs laryngien n° 2, 3, 4, 5,6		02	
- Série de miroirs laryngien n° 6/3, 6/4			
- Manche pour DITO		02	
- Canule de KRIESHABER métallique et plastique n° 00, 1, 2, 3, 4, 5,6		10	
- Ecouville pour nettoyage des canules tranchéales		02	
- Crochet de KERMISSION pour corps étrangers de l'opharynx		01	
- Seringue laryngienne			
- Canule de HAUTANT métallique et plastique de 00 à 66		01	
- Boîtes métalliques pour instruments 250x160x60		03	
<b>3/ - MATERIEL POUR EXAMEN DE L'OREILLE</b>		01	
- Chaise d'O.R.L		01	
- Audiomètre clinique avec magnétophone		01	
- Cabine d'audiométrie		01	
- Impédance mètre		03	
- Microscope d'examen d'O.R.L		10	
- Miroir de Clark 110x220 volts		05	
- Glace de rechange pour miroir de clark		01	
- Lampe de rechange pour miroir de clark		01	
- Jeux de spéculum auriculaires contenant :		01	
• Spéculum N° 00		01	
• Spéculum N°0		01	
• Spéculum N° 1		01	
• Spéculum N° 2		01	
• Spéculum N° 3		01	
• Spéculum N° 5/1		01	
• Spéculum N° 5/2		01	
- Tube d'otoscope avec olive		02	
- Coffret de 5 diapasons audiométrique		02	
- Poire de POLLITSER avec caoutchouc et cive nasale		06	
- Sonde d'tard (série de 1 à 6)		10	
- Raccord pour DECT		05	
- Canule de HARTANN		01	
- Stylet olivaire coudé à plaque		01	
- Porte coton fin		01	
- Pince coudée fine pour pansement d'oreilles sans griffes		01	
- Pince coudée en balonnette de Lucas		01	
- Anse de SEBILAU pour nettoyage des oreilles		01	
- Curette double pour cérumen		05	
- Pince de HARTAMNN à mors taillés		02	
- Pince de HARTAMNN à mors en curette		05	
- Pince de HARTMANN à mors courges pour corps étrangers		05	
- Aiguille à paracentèse à manche fixe		05	
- Manche pour aiguille à paracentèse		04	
- Aiguille à paracentèse adulte		04	
- Aiguille à paracentèse enfant		10	
- Aiguille à paracentèse nourrissons		10	
- Serre nœud de BLACK (Dulute)			
- Serre nœud de BARRATOUX			
- Fil d'acier 3/10		01	
<b>3/ - MATERIEL D'OPHTALMOLOGIE</b>			
- Meuble de consultation d'ophtalmologie H.0.72 .L 0.80.E.0.50 avec 3 miroirs		01	
- Ophtalmoscope de SIMMAY avec transformateur et 10 lampes de rechange		01	
- Fluoroscope d'AMABRIE		01	
- Rétinoscope concave		01	
- Rétinoscope plan		01	
- Lampe pour skiascopie		01	
- Règle pour skiascopie trousseau		01	
- Exophtalmomètre de LUDDE		01	
- Interpupillomètre		01	
- Ophtalmologie –dynamomètre de Muller		01	
- Ophtalmomètre de JAVAL		01	
- FRONTO Foromètre		01	
- Tonomètre de SCHIOTZ		01	
- Tonomètre d'aplanation de GOLDEN et biomicroscope MAAG STREIT		01	
- Périmètre de GOLDMAN		01	
- Test de H. HICHIARA		01	
- Test de HESS LANCASTER		01	
- Test d'AMSLER		01	
- Projecteur d'optotype		01	
- Echelle lumineuse murale, alphabet arabe		01	
- Echelle lumineuse murale, alphabet latin		01	
- Echelle lumineuse murale, alphabet illettré		01	
- Tableau d'acuité visuelle, alphabet arabe		01	
- Tableau d'acuité visuelle, alphabet latin		01	
- Tableau d'acuité visuelle, alphabet illettrés		01	
		01	
		01	
		01	
		01	

- Tableau de lecture de près	01	
• Alphabet	01	
• Test de RASSANO	01	
• Anneaux de LANDOLT	01	
- Echelle de paranaux	01	
- Cache œil	01	
- Ablurateur	01	
- Verre rouge	01	
- Verre à miroir pour gonioscopie	01	
- Verre à trois miroirs pour gonioscopie	01	
- Aile madox	01	
- Lampes à fente	02	
- Lampes de BAILLARDS	02	
- Lampe de girafe (à col)	01	
- Règle de prisme	06	
- Boîte de verres	03	
- Monture d'essai universelle	03	
- Monture d'essai enfant	01	
- Loupe 1 S.D	03	
- Releveurs paupières	03	
- Stylets dilateurs	06	
- Pince à cils	06	
- Jeu des sondes lacrymales ( 0-6 )	20	
- Seringues 10 cc	20	
- Seringues 5 cc	02	
- Seringues 2 cc	02	
- Aiguilles IV	02	
- Aiguilles IM	02	
- Aiguilles ID (sous conjonctives)	02	
- Blepharostats simples G.M	06	
- Blepharostats simples P.M	06	
- Blepharostats simples pour enfants	04	
- Ecarteurs P.M		
- Ecarteurs G.M		
- Ciseaux d'ophtalmologie (droite, pointus, mousses steil )	04	
- Ciseaux d'ophtalmologie (courbes, pointus, mousses Kalt )	02	
- Pinces à disséquer avec griffes (modèle ophtl)	02	
- Pinces à disséquer sans griffes (modèle ophtl)		
- Porte lames	02	
- Boîtes pour ablation de fils (modèle ophtalmo) contenant (ciseaux, pince à disséquer, blepharostat)	01	
- Boîtes pour voies lacrymales contenant (stylets dilateurs, sondes lacrymales, canules de GALEZWXKI, seringues)	02	
- Boîte à corps étrangers contenant (fraise d'ARRUCA curette à corps étrangers, aiguilles à corps étrangers)		
- Boîtes à paupières pour trichiasis, plaies etc.		
- Boîtes métalliques pour instruments 250x 160x60mm		

#### EQUIPEMENT TYPE D'UNE SALLE DE CONSULTATION DE PSYCHOLOGIE

Ce matériel est réservé pour les polycliniques ou ces activités peuvent se dérouler.

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
<b>1/- MOBILIER</b>		
- Mobilier type d'un cabinet de médecine générale		
<b>2/- MATERIEL</b>		
- Echelle de développement psychologique de la première enfance – O – URENET et LEZINE	01	
- Echelle de développement règle pensée logique PIAGAP et LARGEOR	01	
- Test sans parole POREUMAXMONMY	01	
- Inventant de développement de GESELL	01	
- Echelle de VERMAN MERRAL		
- Rééducation rééquilibration sensorielle et motrice O.R KLINGEBIEL	01	
- Test de perception pour enfants et suppléments (CATS)		
- Test du village imaginaire du MUCHIELLI	01	
	01	

#### EQUIPEMENT TYPE D'UN CABINET DE PEDIATRIE

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
- Equipement type d'un cabinet de médecine générale	01	
- Tensiomètre bébé	01	
- Compas d'épaisseur cutané	01	

**EQUIPEMENT TYPE D'UNE P.M.I DANS UNE POLYCLINIQUE**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
<b><u>1/- MOBILIER :</u></b>		
- Bureau à dessus stratifié ayant 2 coffres, 2 tiroirs fermant à clef	01	
- Tables	02	
- Fauteuil de bureau tournant	01	
- Chaises	06	
- Armoires vestiaires	04	
- Porte manteau	02	
- Armoires métalliques fermant à clef	03	
- Classeurs cases coulissantes	01	
- Nécessaires pour chauffage	01	
- Réfrigérateur	01	
- Stérilisateur (poupinel)	01	
- Corbeille à papier	01	
- Réchaud à gaz 2 feux	01	
- Téléphone	01	
- Paravent	01	
<b><u>2/- MATERIEL POUR CONSULTATIONS PRE-NATALES, POST-NATALES ET DES ENFANTS</u></b>		
- Table d'examen de gynécologie à 3 plateaux matelassées avec épaulières et porte jambes	01	
- Escabeau à 2 ou 3 marches	01	
- Tabouret à vis à hauteur variable	01	
- Armoire vitrée	02	
- Guéridon roulant	03	
- Négatoscope 2 pages	01	
- Bascule pèse bébé	01	
- Scialytique	01	
- Sceau à pansement à pédale	01	
- Toise bébé	01	
- Stéthoscope médical	01	
- Stéthoscope obstétrical	01	
- Tensiomètre adulte	01	
- Tensiomètre enfant	01	
- Tensiomètre bébé	01	
- Mètre ruban	01	
- Marteau à réflexe	01	
- Thermomètre	01	
- Otoscopes à piles	01	
- Pelvimètre de collyre	01	
- Compas d'épaisseur de pli cutané	01	
- Microscope binoculaire	01	
- Miroir laryngé	02	
- Stylet porte coton droit	01	
- Stylet porte coton courbe	01	
- Verre à pied gradué	02	
- Abaisse langue métallique coudé	02	
- Lampe à alcool	01	
- Pince à servir (peau de 25 cm)	02	
- Tambour 320x200 mm contenant :	02	
• Spéculum vaginal P.M	05	
• Spéculum vaginal M.M	10	
• Spéculum vaginal G.M	10	
• Pince peau 25 cm	20	
- Tambour 200x200 mm pour gants	01	
- Tambour 200x200 mm pour compresses	01	
- Tambour 200x200 mm pour doigtiers	02	
- Tambour 200x200 mm pour coton	01	
- Boite métallique 250x160x60 pour accouchement contenant :		
• pince COCHER 16 cm	01	
• ciseaux droits mousse 16 cm	02	
• ligature pour cordon	01	
- Support en bois pour sécher les lames	01	
- Support porte tube à essai	01	
- Pince en bois pour tube à essai	01	
- Plateaux à servir 30x40 cm	01	
- Plateaux à servir 24x18 cm	04	
- Haricots	04	
- Capsules	04	
- Boites métalliques 250x160x60 contenant des aiguilles de KUSS (3 PM . 3 GM)	02	
- Brosses chirurgicales pour ongles	02	
- Flacons pissettes plastiques	04	
<b><u>MATERIEL POUR POSE DE STERILET :</u></b>		
- Boite métallique 400x160x60 contenant chacune :		
• Pince de POZZI	01	
• Pince de MUZEUX	02	
• Hystéromètre	06	
• Pince de pean 25 cm	03	
• Ciseaux courbes mousses 25 cm	03	
- Bocal pour trempage DIU	03	
- Bocal pour trempage serseurs	03	



<b><u>MATERIEL POUR INJECTION (VACCINATIONS) :</u></b>		
- Boite métalliques 250x160x60 contenant :		
• Seringues à B C G (insuline)		03
• Aiguilles I D		03
- Boite métalliques 250x160x60 contenant chacune :		
• Seringues à 2 cc		01
• Aiguilles S/C		01
- Boite métalliques 250x160x60 contenant :		
• Seringues à 5 cc		01
• Seringues à 10 cc		05
• Aiguilles IM		20
• Aiguilles IV		03
<b><u>MATERIEL CONSOMMABLE :</u></b>		
- Lames		100
- Lamelles		100
- Tubes à essai		20
- Ecouvillons sur tubes stériles		50
- Gants		50
- Doigtiers 2 doigts		100
- Boites abaisses langues		01
- Sonde urétrales ( jeu )		01
- Nécessaires pour analyses extemporanées (sanguines)		01
<b><u>MATERIEL POUR TRANSPORT DES VACCINS</u></b>		
- Glacière avec ice-box		04
<b><u>MATERIEL D'EDUCATION SANITAIRE</u></b>		
- Flanellographe		01
- Projecteur		01
- Ecran pour projection		01
- Tableau noir		01
- Modèle de bassin anatomique féminin petit format		01
- Tableaux divers		01
- Feuilles de papier à dessins blanc (ordinaire et épais)		20
- Feuilles de papier à décalquer		20
- Feuilles de papier à emerie		12
- Flanelle de couleurs diverses		04
- Flanelle blanche pour flanellographe		04
- Boite de crayons feutres de couleurs différentes		01
- Peinture à l'eau		01
- Pinceaux (épais et fins)		12
- Normograpnes grand format avec plumes ovales et ponçoises		02
- Encre de chine		02
- Portes plumes avec plumes		06
- Boite de crayons de couleurs		02
- Crayon noir		06
- Grande règle à dessins gradué		01
- Compas		01
- Gommés		02
- Flacon de colle		02
- Cartons à dessins		03
- Boite de punaises		04
- Rames de papier carton		02
- Rames de papier ordinaires de couleurs différentes		01
- Paires de ciseaux ordinaires		
<b><u>MATERIEL DE DEMONSTRATION DIETIQUES :</u></b>		
- Jeu de casseroles		02
- Objet de vaisselles (référence O.M.S)		01

**EQUIPEMENT TYPE D'UNE MATERNITE DANS UNE POLYCLINIQUE**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
<b>MOBILIER :</b>		
- Bureau	01	
- Chaises	04	
- Armoires vestiaires	03	
- Porte manteau	02	
- Armoires métalliques fermant à clef	02	
- Classeurs cases coulissantes	02	
- Nécessaires pour chauffage	01	
- Téléphone	01	
- Réfrigérateur	01	
- Réchaud à gaz 2 feux	01	
<b>MATERIEL MEDICAL POUR LE BLOC D'ACCOUCHEMENT ET D'EXAMEN</b>		
- Table d'examen gynécologique, à 3 plateaux matelassés avec épaulière, porte jambe, appui bras	02	
- Escabeaux à 2 à 3 marches	02	
- Tabourets à vis hauteur variable	02	
- Armoire vitrée	01	
- Guéridon roulant	02	
- Négatoscope 2 plages	02	
- Bascule adulte	01	
- Bascule pèse bébé	01	
- Scialytique	01	
- Sceau à pansement à pédale	01	
- Toise adulte	01	
- Toise bébé	01	
- Stéthoscope médical	01	
- Thermomètre adulte	01	
- Stéthoscope obstétrical	01	
- Mètre ruban	02	
- Thermomètre	04	
- Pélvipère de collyre	01	
- Brosses chirurgicales pour ongles	04	
- Laryngé type nouveau né	01	
- Table de réanimation nouveau né (oxygène aspiration, réchauffement, type TRMMR)	01	
- Aspirateur mobile	01	
- Stérilisateur (poupinel)	01	
- Boite métallique 250x160x60 pour accouchement contenant chacune :		
• pince Kocher 16 cm		
• ciseaux droits mousse 16 cm	05	
• ligature pour coton	02	
- Boite métallique 250x160x60 pour réparation des épisiotomies et déchirures	01	
• Pince à disséquer à griffes 16 cm	03	
• Pince à disséquer sans griffes 16 cm	01	
• Ciseaux droits mous 16 cm	01	
• Pince pean 16 cm	01	
• Pince Porte aiguille 25 cm	01	
• Pince de museux 25 cm	01	
• Pince à champs 16 cm	02	
- Boite métallique 250x160x60 complémentaire	04	
• Manche porte lame de bistouri		
• Ecarteur de fareboeuf	01	
• Pince hémostatique droite 16 cm	02	
• Pince hémostatique courbe 16 cm	01	
- Tambour 220x400 mm contenant :	01	
• Valves vaginales P.M	02	
• Valves vaginales M.M	02	
• Valves vaginales G.M	02	
	02	

**EQUIPEMENT TYPE D'UN CABINET DE CONSULTATION O.R.L DANS UNE POLYCLINIQUE**

DESIGNATION DES ARTICLES	QUANTITES	OBS
<b>1/- MOBILIER :</b>		
- Bureau à dessus stratifié ayant 2 coffres, 2 tiroirs fermant à clef	01	
- Fauteuil de bureau tournant	01	
- Chaises	04	
- Armoires vestiaires	02	
- Porte manteau	02	
- Armoires métalliques fermant à clef	01	
- Classeurs bases coulissantes	01	
- Téléphones	01	
- Nécessaires pour chauffage	01	
<b>2/- MATERIEL MEDICAL GENERAL</b>	01	
- Table d'examen		
- Escabeau à 2 à 3 marches	01	
- Tabouret à vis à hauteur variable	01	
- Armoire vitrée	01	
- Guéridon roulant	01	
- Négatoscope à 2 plages	01	
- Bascule adulte	01	
- Scialytique	01	
- Sceau à pansement à pédale	01	
- Stéthoscope médical	01	
- Tensiomètre adulte	01	
- Tensiomètre enfant	01	
- Marteau à réflexe	01	
- Thermomètre	01	
- Stérilisateur (poupinel)	01	
- Lampe à alcool	01	
- Tambour 320x200 mm pour gants	01	
- Tambour 320x200 mm pour compresses	01	
- Tambour 200x200 mm pour coton	01	
- Haricots	01	
- Plateaux à servir 30x40 cm	03	
- Plateaux à servir 24x18 cm	03	
- Capsules métalliques	03	
- Verre à pied gradué	02	
- Flacons pissettes plastiques	01	
- Broses chirurgicales pour ongles	06	

**EQUIPEMENT TYPE D'UN CABINET DE CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE  
DANS UNE POLYCLINIQUE**

<b>DESIGNATION DES ARTICLES</b>	<b>QUANTITES</b>	<b>OBS</b>
<b><u>1/- MOBILIER :</u></b>		
- Bureau à dessus stratifié ayant 2 coffres, 2 tiroirs fermant à clef	01	
- Fauteuil de bureau tournant	01	
- Chaises	04	
- Armoires vestiaires	02	
- Porte manteau	01	
- Armoire métallique fermant à clef	01	
- Classeur à cases coulissantes	01	
- Téléphone	01	
- Nécessaire à chauffage	01	
<b><u>2/- MATERIEL MEDICAL DE BASE</u></b>	01	
- Table d'examen	01	
- Escabeaux à 2 à 3 marches	01	
- Tabouret à vis hauteur variable	02	
- Armoire vitrée	01	
- Guéridon roulant	01	
- Négatoscope 2 plages	01	
- Bascule adulte	01	
- Scialytique	01	
- Sceau à pansement à pédale	01	
- Stéthoscope médical	01	
- Tensiomètre enfant	01	
- Marteau à réflexe	01	
- Tensiomètre adulte	01	
- Thermomètre enfant	01	
- Stérilisateur ( poupinel )	01	
- Lampe alcool	01	
- Tambour 320x200 mm pour gants	01	
- Tambour 320x200 mm pour compresses	01	
- Tambour 200x200 mm pour coton	01	
- Haricots	01	
- Plateaux à servir 30x40 cm	03	
- Plateaux à servir 24x18 cm	03	
- Cupules métalliques	02	
- Verre à pied gradué	01	
- Flacons pissettes plastiques	06	
- Brosses chirurgicales pour ongles	02	

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**  
**DIRECTION DES SERVICES DE SANTE**

**FICHE D'IDENTIFICATION D'UNE UNITE SANITAIRE DE BASE (USB)**

**1 – IDENTIFICATION :**

wilaya de : .....

Secteur Sanitaire : .....

Commune de : .....

Type de l'U.S.B. .... - Polyclinique .....

- Centre de Santé .....
- Salle de soins .....
- Maternité rurale .....

Dénomination : .....

Date de mise en service :

Distance :

- Séparant l'unité de chef lieu du Secteur .....
- Séparant l'unité du Sous secteur .....
- Séparant l'unité du chef lieu de la commune .....

**II – ETAT PHYSIQUE DES LIEUX :**

- Existe t-il un panneau de signalisation de l'unité à l'entrée de la localité (Direction-Distance) .....
- L'enseigne est elle bien exposée et visible de loin : .....
- L'emblème national est il bien entretenu .....
- Nombre total de pièces composant l'unité .....
- Existe t-il des logements de fonction attenants à la structure ou dans la localité au titre .....

- personnels .....
- Médicaux .....
- Paramédicaux .....

Nombre de locaux à usage .....

- Médical .....
- Paramédical .....

Existe t-il un plateau technique .....

- Radiologie .....
- Laboratoire .....

Si l'unité est un point de garde, existe t-il une chambre de garde : .....

Existe t-il des salles d'attente .....

- Hommes .....
- Femmes .....
- Mixtes .....

Les sièges dans les salles d'attente sont ils .....

- En bois .....
- Métallique .....
- Plastique .....

Le nombre est – il suffisant .....

Y a t-il un tableau d'activité avec horaire de :

- Consultations indiquant les journées de .....
- Consultations de médecine générale .....
- Consultations de médecine spécialisée .....
- Repos hebdomadaire .....
- Vaccinations .....

Est – il bien visible au public .....

Etat intérieur et extérieur des locaux .....

- Peinture .....
- Dernière réfection .....

L'unité est elle :

- chauffée en période hivernale avec : .....
- gaz de ville .....
- gaz butane .....
- mazout .....

alimentée en eau potable en .....

- permanence .....
- Continue .....
- Discontinue .....

Si coupure d'eau indiquer les horaires d'alimentation :

En hiver .....

En été .....

Si non existe t il une réserve d'eau dans l'unité :

Les locaux nécessitent – ils des travaux de .....

- Maçonnerie .....
- Plomberie .....
- Etanchéité .....

- Electricité .....
  - Vitrierie .....
- Existe t-il un éclairage de secours ( Groupes électrogène ) .....
- Est t-il fonctionnel.....
- Les toilettes sont elles propres.....
- Les chasses d'eau fonctionnent elles.....
- Existe t'il des moyens de lutte contre l'incendie :
- La clôture de l'unité est elle en.....
- Dur.....
  - Fer .....
  - Grillage.....
- Les portes et fenêtres possèdent – t-elles des.....
- Serrures.....
  - Grilles .....
- Existe t-il un lieu de l'entrepôt des fûts à mazout :
- Les allées, cours, jardins sont ils bien entretenus :
- Existe – t'il un espace vert.....
- L'environnement de l'unité.....
- Salubrité .....
  - Les pansements souillés et autres déchets sont ils incinérés :
- Existe t 'il une poubelle .....
- Les potagers sont ils surchargés.....

**III – EQUIPEMENTS :**

- Existe t 'il une fiche d'inventaire de l'unité, des équipements, matériels et instrumentation par article ( consommable et non consommable).....
- Est elle à jour.....
- Date du dernier inventaire .....
- Existe t 'il un sous – registre d'inventaire .....

EQUIPEMENTS MEDICAUX	NON EXISTANTS	TYPES	FONCTIONNELS	Existants
				N/FONCTIONNELS
FAUTEUIL DENTAIRE				1 + 2
RADIOLOGIE				
LABORATOIRE				
AUTRES				

- (1) préciser les raisons.....
- (2) Matériel en panne ou en réforme.....
- (3) Préciser si laboratoire de biochimie ou laboratoire de bactériologie /parasitologie ou les deux.....
- (4) Préciser les examens effectués.....

- Etat de fonctionnement (des équipements et matériels immobiliers).....
- Depuis quand existe t ' il.....
- Mentionner la disponibilité ou l'absence de matériel et instrumentation nécessaire aux consultations , soins , urgences et activités de prévention (Stéthoscope, abaisse langue, tensiomètre, spéculum, balance, toise, otoscope , lampe de poche, miroir de Clark etc.....).
- l'unité éprouve t 'elle un besoin en équipements et en matériels divers indispensables pour le fonctionnement.....
- Si oui, les besoins ont ils été portés à la connaissance de l'administration du secteur.....
- Si oui, quand .....

**IV PERSONNELS**

- Existe – t – il un tableau de service pour l'ensemble du personnel) affecté dans l'unité.....
- Effectif réel des personnels.....
- Médecine Généralistes .....
- Chirurgiens dentistes généralistes.....
- Médecins Spécialistes .....
- Spécialité.....
- Paramédicaux .....
- TSS.....
- TS.....
- ATS.....
- Agents de services.....
- Femme de ménage.....
- Gardien.....
- Planton.....
- Administratifs .....
- Autres.....
- Quels sont les horaires de travail .....
- Existe t 'il un registre de pointage et d'absentéisme .....
- Les horaires de travail sont t 'ils respectés.....
- Le personnel porte – t –il la tenue réglementaire.

- Tenue complète.....
- Blouse sans pantalon et sans calot .....
- La tenue est elle propre .....
- Existe – t – il une blanchisserie .....
- Le personnel en activité est il stable.....
- Les agents sont – t – ils identifiés ( blouse par grade).....
- Existe – t – il des badges pour le personnel.....
  - en carton.....
  - plastifiés.....
- Comment est le comportement du personnel avec la population.....
- Les relations avec les autorités locales sont elles :.....
  - bonnes.....
  - mauvaises.....
- si oui pourquoi.....

**V – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT**

- Y a – t – il un agent assurant l'ordre et l'accueil .....
- Le fonctionnement de l'unité couvre t – il toute la semaine sans interruption .....
- Dans la négativité , comment la continuité des soins est – elle assurée notamment les injections et les pansements le week-end et jours fériés.....
- Y a – t – il une ambulance pour le transfert des urgences.....
- Si non comment est assuré le transfert .....
- Existe t – il des moyens de communication.....
  - Téléphone.....
  - Fax.....
  - Véhicule de service.....
- Existe t 'il.....
  - Un registre de doléance porté à la connaissance du public.....
  - Est t – il placé en évidence.....
  - Un registre de consultation .....
  - Est t – il bien tenu.....
  - Est t – il exploitable .....
  - A jour .....
  - Un registre de soins .....
  - Est t – il à jour .....
  - Un registre d'inspection .....
  - Le passage du responsable hiérarchique est il signalé.....
  - Les inspections sont – elles régulières.....
  - Au moins une fois par mois.....
- Existe – t – il un programme d'activités pour le personnel médical.....
  - Est – t – il respecté .....
- Les noms des praticiens assurant les consultations sont – ils portés à la connaissance du public sur les portes des cabinets .....
- Existe – t – il.....
  - Un déshabilleur des malades.....
  - Des portes manteaux.....
  - Des lits d'observation .....
  - Un nécessaire pour les consultations médicales .....
  - Une table d'examen .....
  - Chariot .....
  - Brancard.....
  - Chaise roulante.....
  - Est – elle confortable.....
  - Est – elle protégée par une alaise ou un drap.....
- Les journées programmés sont – t – elles .....
- Pleines .....
- Partielles.....
- Insuffisantes .....

**V – 1 – ACTIVITES MEDICALES :**

- Existe – t – il un bilan quotidien des activités médicales .....
- Le nombre de consultations spécialisées programmées par semaines est de.....
  - Effectuées le .....
- La moyenne de consultations par séance et par médecin est de .....
- Est ce que tous les malades sont vus à la consultation de médecine générale.....
- La prise de température chez les fiévreux et suspects est – elle assurée.....
- Les prélèvements pour la recherche du paludisme sont ils suffisants.....
- La prise de la tension artérielle est – elle systématique pour l'ensemble des consultations .....
- Les examens paracliniques (radio – labo) sont – ils demandés.....
- \* Si oui quel est le taux par rapport au nombre des consultations par séance .....
- \* Sont-ils effectués au niveau de la structure ou à l'hôpital .....
- \* Sont – ils honorés sans difficultés.....
- Y a – t – il des consultations spécialisées.....
  - Si oui lesquelles.....

- Le taux de malades orientés vers les consultations spécialisées à l'hôpital représente.....
- Existe – t – il un registre de malade à déclaration obligatoire.....
  - Les déclarations sont elles.....
  - Régulières.....
  - Irrégulières.....
  - Adressées à temps.....
- Existe – t – il un fichier de suivi des malades chroniques et de longue durée placés sous surveillance médicale.....
  - Si oui lesquelles.....
  - Sont – elles bien suivies.....

#### **V – 2 – CHIRURGIE DENTAIRE :**

- Existe – t – il un programme d'activités et de prévention dans le domaine de la chirurgie dentaire.....
- Existe – t – il un registre de consultation.....
- Y a – t – il un bilan quotidien des activités.....
- La moyenne des consultations par séance est de.....
- Le nombre de chirurgien dentiste est de.....
- Le nombre de fauteuil dentaire est de.....
- Les élèves scolarisés bénéficient- ils de la priorité des soins dentaires.....
- Le taux de carie dentaire représente.....
- Les soins dentaires représentent.....
- Par rapport aux extractions.....
- Les produits dentaires sont – ils disponibles.....
- Existe – t – il un laboratoire de prothèse dentaire.....
- Taux de prothèse réalisé / au consultant.....

#### **V- 3 – ACTIVITES PARAMEDICALES :**

- Existe – t – il un tableau de service pour le personnel paramédical, d'hygiène et autres.....
- Existe – t – il un programme de travail avec répartition des tâches de chaque agent.....
- La salle de soins est – elle bien organisée.....
- Existe – t – il un registre des soins.....
- L'hygiène de la salle est – elle respectée (seau à pansements).....
- Existe – t – il un registre de prélèvements de sang et de crachats (lames).....
- Existe – t – il un bilan quotidien des activités paramédicales.....
- Existe – t – il un registre d'activités sur les programmes nationaux.....
- Existe – t – il des dossiers médicaux des malades de longue durée.....
- La stérilisation est – elle assurée par le poupinel ou par le système à eau.....
- La petite instrumentation est – elle disponible.....
  - Matériel à injection.....
  - Pince.....
  - Ciseaux etc.....
- Les seringues jetables sont – elles disponibles en nombre suffisant.....
  - Si non pourquoi.....
- Existe – il.....
  - Une boîte d'urgence.....
  - Les médicaments d'urgence.....
  - Des crachoirs pour le BK.....
  - Des lames.....
  - Une balance pour la pesée.....
  - Une toise.....
  - Un thermomètre.....

#### **V – 4 – ACTIVITES DE PREVENTION**

- Existe – t – il.....
- \* Un programme des activités de prévention par unité ou par commune.....
- \* Un programme des activités de la PMI / EN.....
- Quelles sont les activités de la PMI / EN sont organisées, évaluées.....
- Y a – t – il un registre de surveillance de femmes en PMI.....
- La population cible par rapport à la population desservie par l'unité est de.....% de la commune.....
- Le nombre de grossesse suivies par rapport à la population cible est – il significatif..
- Les grossesses à risque sont elles suivies régulièrement.....
- \* Elles représentent un taux de.....% par rapport à la population desservie.....
- Existe – t – il un registre de surveillance des enfants.....
- Le nombre de femmes espacées est de.....% par rapport à la population cible ...
- Les produits de contraception sont – ils disponibles.....
  - D.I.U.....
  - Pilule.....
  - Préservatif.....
- Les D.I.U sont – ils placés.....
  - Si non pourquoi.....
- La structure assure t ' elle les vaccinations.....
- Comment sont organisées les vaccinations.....
  - Quotidiennes.....
  - Hebdomadaires.....



- Bi – mensuelles.....
- Mensuelles.....
- Y a – t – il un registre de vaccination .....
- La population cible est – elle identifiée et localisée.....
- Taux de couverture vaccinale / population cible.....
  - Pour le BCG.....
  - Pour le DTCP . 1.....
  - Pour le DTCP . 2.....
  - Pour le DTCP . 3.....
- Le taux des enfants totalement vaccinés / population cible est de.....
- Dans cette activité comment est assuré le captage des naissances à l'A.PC.....
  - Hebdomadaires.....
  - Bi- mensuel .....
  - Mensuel.....
- Existe – t – il un coordinateur de la vaccination au niveau.....
  - De l'unité .....
  - De la commune.....
  - Du sous – secteur.....
- Comment sont évaluées les activités de vaccinations.....
  - Par enfant totalement protégé.....
  - Par acte.....
- L'unité effectuée – t – elle des sorties pour un éventuel rattrapage des vaccinations...
  - Hebdomadaires.....
  - Bi- mensuel .....
  - Mensuel.....
  - Si non pourquoi.....
- Le taux de couverture vaccinale est – il dans les normes.....
- Existe t – il un programme des équipes mobiles établi en fonction du calendrier vaccinal.....
- Les vaccins sont – ils disponibles.....
  - Sin non pourquoi.....
- Les règles élémentaires de conservation et d'utilisation de ces produits sont – elles observées par le personnel utilisateur.....
- L'équipement frigorifique en service est – il suffisant et fonctionnel.....
- Existe – t – il .....
- Des boites isothermes avec le nombre d' ice- box .....
- Glacières vaccins.....
- Seringues en nombre suffisant.....
- Existe – t – il un équipement d'énergie solaire.....
- Existe – t – il un fichier de points d'eau.....
  - Est – il à jour .....
- Le nombre de points d'eau est de .....
- L'unité dispose – t – elle de moyens de contrôle de l'eau .....
- Compérateurs .....
- Comprimés DPD.....
- De flacons nécessaires pour le prélèvement.....
- Qui est chargé du contrôle et de la surveillance des eaux de boissons de la population desservie par l'unité.....
  - Comment est – il assuré.....
  - Quotidien.....
  - Bi-mensuel.....
  - Mensuel.....

**V-5- MEDICAMENTS ET PRODUITS VACCINAUX :**

- Sont ils disponibles.....
  - Les produits de contraception.....
  - La vitamine D .....
  - Les sérums et vaccins.....
  - Les sels de réhydratation.....
  - Les réactifs et produits de laboratoire pour les examens bactériologiques et radiologiques.....
  - D. P. D. I.....
  - Les médicaments d'urgence.....
- Les médicaments utilisés sont ils comptabilisés .....
- Existe – t – il des fiches de stock destinées à cette comptabilité .....
- Les médicaments destinés à certaines activités de prévention e maladies sociales de longue durée prise en charge sont – ils disponible (Diabète – HTA-RAA).....
- Existe – t – il une comptabilité des entrées et sorties des réactifs, milieux de culture, films et autres produits de laboratoire d'hygiène et de prévention.....
- Les sérums et vaccins en cas d'urgence sont – ils disponibles (envenimation scorpienique – Rage ).....
- L'approvisionnement est – il suffisant.....
  - Régulier .....
  - Quotidien.....
  - Bi-Hebdomadaire .....
  - Hebdomadaire .....
  - Bi – mensuel.....
  - Mensuel.....
  - Si non pourquoi.....

#### **V-6- ADMINISTRATION – INFORMATION :**

- La structure est t – elle dotée d'une petite administration ( courrier arrivée, départ) et équipements de bureau.....
- Les fournitures de bureau sont elles régulières et suffisantes .....
- Y a t – il un cachet de l'unité .....
- Qui le détient.....
- Les documents utilisés par le service sont – ils uniforme par rapport aux autres unités du secteur .....
- Les informations et statistiques recherchées sont – elles disponibles.....
- L'information secteur – unité comment est – elle assurée.....
- L'unité adresse – t – elle un bilan mensuel des activités au secteur .....
- Y a – t – il des réunions mensuelles pour l'évaluation des activités au niveau du secteur, du sous – secteur .....
- La coordination est elle assurée entre l'unité le sous secteur et le secteur.....
- Les registres, carnets, fiches et divers supports d'information, d'évaluation, ordonnance, certificats médicaux, papiers, demandes d'examen, fiches de liaisons sont – ils disponibles.....
- Les registres en service sont – ils cotés et paraphés par le directeur .....
- Existe – il une documentation administrative et médicale dans la structure.....
  - Si non pourquoi.....
- Y a – t – il des archives dans la structure.....
  - Comment sont classées.....
- Existe t – il un tableau d'information à l'intérieur de l'unité.....
- Les informations de santé publique en provenance du MSP et de la DSPS concernant d'une façon générale la santé publique sont – elles diffusées à la structure.....
- Existe – t – il des affiches d'éducation sanitaire dans la structure.....
- \* Sont – elles accrochées au mur des salles d'attente sur un tableau protégé.....
- Le règlement intérieur actualisé du secteur sanitaire est – il disponible à l'unité des soins ainsi que la carte de la commune ou du secteur.....
- Y a – t – il d'autres affiches sans aucun rapport avec l'éducation sanitaire .....

#### **V – 7 – ACTIVITE DE LA GARDE :**

- L'unité est elle un point de garde.....
- Existe t – il une chambre de garde.....
  - Que contient-elle.....
- Quelles sont les horaires de garde .....
- La restauration est elle assurée.....
  - Par la structure.....
  - Par le secteur .....
- Existe – t – il un registre de garde .....
- Comment se font les passations de consignes.....
- Quelles sont les conditions de travail, de sécurité.....
- De quoi est composée l'équipe de garde.....
- Les médicaments d'urgence et les consommables sont-ils disponibles.....
- Existe – t – il des moyens de communication.....
  - Téléphone.....
  - Ambulance .....
- Le point de garde est – il nécessaire ou non.....
  - Pourquoi.....
- Nombre de lits d'observation.....

# DONNEES GENERALES

## I – DONNES DEMOGRAPHIQUES

### REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

#### 1° /- SITUATION GEOGRAPHIQUE :

(Carte Géographique avec information sur la dispersion de la population  
(Concentration) :

- Nombre d'habitants : (Dernier recensement)
- Superficie :
- Population :
  - urbaine : %
  - semi – urbaine : %
  - rurale : %
  - éparses : %
  - nomades : %

#### 2° /- DONNEES ECONOMIQUES ET SOCIALES :

- Nombre de ménages :
- Habitat :
  - Nombre de biens de l'Etat :
  - Nombre de propriété privée :
  - Nombre de personnes par pièce et taux d'occupation :
  - Nombre de bidonvilles :
  - Nombre d'habitats précaires :
  - Nombre de projets de construction :
  - % de familles vivantes dans les locaux sur et favorables à la santé :
  - Taux d'électrification rurale en %
- Confort domestique :
  - Eau :
  - Electricité :
  - Gaz – Chauffage – Téléphone :
  - Sanitaire :

#### Eau :

- Nombre d'habitats raccordés aux canalisations de distribution d'eau (registre d'entreprise) :
- Taux moyen de raccordement en réseau :
- Taux moyen de satisfaction en eau potable :
- % de familles ayant accès à une boisson propre dans leur foyer ou à moins de 30 minutes de marche :
- Nombre total de points d'eau :
- % de points d'eau équipés de chlorateurs automatiques :
- % de points d'eau équipés de chlorateurs de fortune :
- % de points d'eau équipés de briques poreuses :
- % de points d'eau désinfectés à la main :
- % de puits individuels remplissant les conditions d'hygiène et de sécurité :
- % de sources publiques aménagées :
- % de sources publiques non aménagées :
- % de puits publics aménagés :
- % de puits agricoles :
- % de l'ensemble des points d'eau traités :
- % de l'ensemble des points d'eau non traités :

**Assainissement :**

- % des familles qui peuvent évacuer les déchets humains et domestiques dans de bonnes conditions d'hygiène :
- Taux moyen de raccordement en réseau d'assainissement :
  
- Nombre de fosses septiques :
- Mode de traitements des divers déchets :

**Air :**

- Pollution atmosphérique (fumée et gaz toxiques) :
- Contrôle des établissements à caractère alimentaire (cantines et autres) :
- hebdomadaire
  - bi – mensuel :
  - mensuel :

**L'Economie :**

- L'agriculture
  - L'élevage cheptel, ovin, bovin, aviculture :
  - L'artisanat
  - L'industrie :
  - Le commerce :
  - Le tourisme : site – infrastructure hôtelière et restaurants :
  - L'éducation : nombre d'infrastructure existants :
    - Projet de réalisation
    - Taux d'alphabétisation
    - Taux de scolarisation par cycle :
    - Taux de déperdition scolaire :
- La culture : nombre d'infrastructures existantes :  
manifestations culturelles et artistiques :  
moyens mis en œuvre et les projets :
- Le sport : nombre d'infrastructure existants :  
projet en voie de réalisation :

**Protection sociale :**

- Moyens et activités existants (autres que santé publique)
- Recensement des handicapés et personnes âgées par catégorie :

**L'emploi :**

- Taux d'emploi :
- Taux de chômage :
- % par secteur d'activité :
- différentes occupations :
- revenu disponible des familles par catégories de population :
- 3<sup>ème</sup> âge (retraite) :

**3° / - FACTEURS ECOLOGIQUES :**

**REPARTITION DE LA POPULATION PAR TRANCHE D'AGE  
AU 31 / 12 / 1995**

MOINS DE 5 ANS	5 – 14 ANS	15 – 59 ANS	60 ET PLUS	TOTAL

- Etablir la pyramide des âges

**REPARTITION DE LA POPULATION PAR SEXE  
AU 31 / 12 / 1995**

HOMMES	FEMMES	TOTAL

**REPARTITION DE LA POPULATION FEMININE  
EN AGE DE PROCREER  
AU 31/12/1995**

FEMMES EN AGE DE PROCREER	%

**MOUVEMENT NATUREL DE LA POPULATION  
AU 31/12/1995**

POPULATION	NAISSANCES VIVANTES (Exclure les mort-nés)	D E C E S		
		TOTAL (tous âges confondus)( c )	MOINS DE 1 AN ( 0-11 moins 29 j)(d)	MATERNELS (*) (e)
( a )	( b )			

(\*) Décès de la mère durant la grossesse, l'accouchement ou 42 jours l'accouchement des suites de couches.  
- Faire un graphe type fromage rapportant le nombre de décès par rapport au nombre de naissances.

**DONNEES DEMOGRAPHIQUES  
AU 31/12/1995**

TAUX BRUT DE NATALITE b/a 1000	TAUX BRUT DE MORTALITE C/a 1000	TAUX DE MORTALITE MATERN C/b 1000	TAUX DE MORTALITE INFANTILE d/b 1000	TAUX. D'ACCROISSEMENT NATUREL B/a – c/a 1000

(\*) Décès de la mère durant la grossesse, l'accouchement ou 42 jours l'accouchement des suites de couches.

## II – RESSOURCES HUMAINES

# PERSONNEL MEDICAL

### 1 – EFFECTIF GLOBAL

SPECIALISTES			GENERALISTES			C.DENTISTES			PHARMACIENS		
Pub	p.pub	Priv	Pub	P .pub	Priv	Pub	P .pub	Priv	Pub	P .pub	Priv

Pub : Secteur Publique  
P.P : Secteur Parapublique  
P . V : Secteur Privé

### 2 – RATIO (MEDECIN)

1 MEDECIN SPE /X HAB.	1 MEDECIN GENE /X HAB.	1 DENTISTE POUR X HAB	1 PHARMACIEN POUR X HAB.

- Faire un graphe type fromage
- La couverture sanitaire comporte le personnel médical public privé et parapublic.

## PERSONNEL PARAMEDICAL

INF.DIP.ETAT OU TSS			INFIRMIER BREVETE OU T.S			AIDE SOIGNANT		
Pub	Privé	P.Pub	Pub	Privé	P.Pub	Pub	Privé	P.Pub

2- RATIO ( PARAMEDICAUX )

1 IDE /X HAB	1 INF . BREV./X HAB	1 AID.S/X HAB	TOTAL PARAMEDICAL

## AUTRES PERSONNELS

1 – EFFECTIF GLOBAL

SAGE FEMMES			PSYCHOLOGUES			AUTRES (Préciser)		
Pub	Privé	P.Pub	Pub	Privé	P.Pub	Pub	Privé	P.Pub

2 – RATIO

1 Sage Femme / x Hab	1 Psychologue / x Hab.

Faire un graphe type fromage

## III – INFRASTRUCTURES – EQUIPEMENTS

### SITUATION DES EQUIPEMENTS

DESIGNATION DES EQUIPEMENTS	TYPE	ETAT	AGE		
			<5 ans	5-10 ans	>10ans

**NB** : - Indiquer uniquement les équipements d'investigation et d'exploration.

# MATERNITE

		PUBLIC	PRIVE
PERSONNEL	MED. SPECIALISTES - Pédiatrie - Gynéco - Autres		
	MED. GENERALISTES		
	SAGE-FEMMES		
	PARAMEDICAUX - IDE - IB - AS		
INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS	- Nb de lits - Taux d'occupation - DMS - Bloc opératoire - Table chauffante - Table de réanimation - Salle d'accouchement - Autres		

## IV – URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES

### SERVICES D'URGENCES DES UNITES SANITAIRES DE BASE TYPE I

PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE	EQUIPEMENTS ET MATERIEL	MOYENS HUMAINS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brûlures légères</li> <li>- Morsures d'Animaux</li> <li>- Plaies des parties molles sans lésions profondes</li> <li>- Urgences médicales courantes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Asthme</li> </ul> </li> <li>- Hyperthermie</li> <li>- Laryngite</li> <li>- Diarrhées aiguës infantiles</li> <li>- H T A</li> <li>- Diabète</li> <li>- Conjonctivite</li> <li>- I R A</li> <li>-Immobilisation de fracture sans déplacement</li> <li>-Mise en condition avant évacuation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiologie</li> <li>- Laboratoire</li> <li>- Trousse de petite chir</li> <li>- Oxygène</li> <li>- Otoscope</li> <li>- Stethoscope</li> <li>- Thermomètre</li> <li>- Tensiomètre</li> <li>- Aérosol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médecins Généralistes</li> <li>-Techniciens de la Santé</li> </ul>



**COMMENT ELABORER UN PROGRAMME EN FONCTION DE L'ETAT DES LIEUX ET DES INDICATEURS DE SANTE.**

**1 – Méthodologie :**

- L'élaboration d'un programme est l'aboutissement d'un long travail méthodologique qui consiste à partir de
- L'identification d'un problème donné (pathologie-organisation des services-financement formation etc.....), identification basée sur des indicateurs multiples, de se fixer des objectifs pertinents (en rapport avec l'ampleur du problème, les ressources disponibles, les contraintes éventuelles), de déterminer la ou les stratégies permettant l'atteinte des objectifs, puis d'arrêter une programmation appelée également plan d'action ou plan d'opération qui permet de traduire ou d'exprimer en termes d'activités, d'échéancier, d'identification des opérateurs et des moyens de mise en œuvre (mobilisation des ressources, élaboration de textes juridiques, de normes, de documents techniques, organisation de formation.....), l'exécution de la (les) stratégie (s).
- Cette démarche programmatique serait incomplète sans

la mise sur pied d'un système d'évaluation qui a pour objectifs de suivre régulièrement la réalisation des tâches (par des indicateurs d'activités), la mobilisation et l'utilisation des ressources (par des indicateurs de résultats). C'est cette évaluation qui permet outre les ajustements nécessaires aux différentes étapes de la réalisation du programme, de revoir ou redéfinir les objectifs si nécessaires (évolution de la situation apparition de contraintes imprévues etc.....).

**INTITULE DU PROGRAMME  
OU ACTIONS AMENER  
OBJECTIF N° 01 – 07**

**planification Familiale**

**EXEMPLE D'ELABORATION DES PROGRAMMES DE SANTE  
AU NIVEAU D'UNE USB  
MAITRISE DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE**

Activités à réaliser	Raison du ch	Opérateur	Echéance	Critères de réussite	Evaluation	OBJECTIFS A ATTEINDRE FINALITE
Etendre cette activité au niveau de tous les chefs lieux de communes rurales et centres urbaines importants	Absence de cette activité dans certaines USB	Sous Secteur Sanitaires	Octobre 1997	Disponibilité de Moyens humains	Trimestrielle	Augmenter le nombre de femmes espacées
Déterminer la population cible en âge de procréer	Population cible Inconnue	USB	Janvier 1997	Mobilisation du Personnel + Recensement	Annuelle	Etat statistique fiable
Approvisionnement des unités sanitaires en produits contraceptifs	Irrégularité de Distribution de ces Produits	Secteur Sa	Chaque fin de mois	Disponibilité Permanente de ces produits	Mensuelle	Eviter les perturbations des contraceptifs Disponibilité permanente
Evaluation régulière des besoins des contraceptifs Sur la base de la Population cible	Méconnaissance des Besoins	Sanitaire S USB	Chaque fin de mois	Mobilisation du personnel	Trimestrielle	Satisfaire les besoins en contraceptifs
Répartition rigoureuse et rationnelle des produits contraceptifs entre les Sous secteurs sanitaires en fonction de la population cible et des activités réalisées.	Mauvaise répartition	Secteur Sanitaires	Contrôle permanent	Disponibilité des contraceptifs système d'information fiable	Inspection régulière Stock de sécurité	Satisfaire les unités en contraceptifs.

**EXEMPLE D'ELABORATION D'UN PROGRAMME NATIONAL DE SANTE  
LE PEV**

Activités à réaliser	Raison du choix	Opérateur	Echéance	Critères de réussite	Evaluation	Objectifs à atteindre
Identification de la Population cible	Evaluation des besoins et programmation	USB	Permanente	Atteindre les objectifs	Permanente	Identification des besoins
Programmation	Utilisation optimum des ressources disponibles	USB	Permanente	Disponibilité des données fiables	Permanente	Couverture optimale Taux prévisionnelle de réalisation
Evaluation des besoins	Non disponibilité d'informations fiables	USB	Permanente	Taux de réalisation	Permanente	Maîtrise des statistiques
Maîtrise de la chaîne du Froid	Défaillance de la Chaîne du froid	USB + SEMEP	Continue	Entretien et dotation de moyens de Conservation	Permanente	Eviter la rupture de la chaîne du froid et préserver l'efficacité des vaccins
Approvisionnement en Vaccins	Irrégularité en Distribution	SEMEP	Régulière	Disponibilité Permanente des Vaccins	Régulière	Disponibilité
Vaccination	Réalisation du Programme	USB	Régulière	Mise en place des Paramètres sus cités	Permanente	Taux de couverture Vaccinale
Evaluation de l'action	Evaluer l'efficacité du Programme	SEMEP	Régulière	Disponibilité de Toutes les données relatives a l'opération	Taux de réalisation	Amélioration du Programme
Formation recyclage	Elever la technicité du personnel et acquérir un savoir faire	Secteur SEMEP	Régulière	Formation a assurer	Nombre de Personne formée ou recyclée	Améliorer l'efficacité et augmenter le nombre du personnel pour ce programme

**EVALUATION DU TAUX DE REALISATION DES PROGRAMMES DE SANTE**

**1- REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE MATERNELLE INFANTILE ET JUVENILE :**

- Maladies contrôlables par la vaccination
  - programme élargi de vaccination
  - taux de couverture des cinq dernières années
  - restes à rattraper
  - taux de mortalité
- Morbidité extra – hospitalière :
  - bilans annuels des consultations médicales des trois dernières années.
  - Cabinets privés dans la mesure du possible
  - Bilans des consultations effectuées
  - En milieu éducatif
  - Formation professionnelle
  - Médecine du travail.

**- ANALYSE DE L'EXECUTION DES PROGRAMMES :**

- Programme National d'éradication de la Polio
- Programme National d'élimination du Tétanos Néo-Natal
- Programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques
- Programme de Réduction de la morbidité due aux carences nutritionnelles prévalentes
- Programme de lutte contre la malnutrition protéino-calorique
- Programme de lutte contre le Rachitisme
- Programme de lutte contre les Anémies carencielles
- Programme d'éradication de l'endémie Goitreuse
- Programme de lutte contre l'infection Respiratoires Aigues.

**2- REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE MATERNELLE ET PERINATALE :**

- Programme de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale.
- Bilans des activités des services maternels et infantiles.

**3- REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE IMPUTABLES AUX MALADIES TRANSMISSIBLES PREVALENTES :**

- Programme National d'éradication du Paludisme
- Programme de lutte contre le T.B.C
- Programme de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles hydriques.
- Lutte contre les Zoonoses
- Programme de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles.

**4- REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE DUES AUX MALADIES NON TRANSMISSIBLES PREVALENTES :**

- Pathologies cardiaques – HTA – RAA – Asthme – Diabète – Goitre.

**5- PROMOTION DE LA SANTE EN MILIEU, EDUCATIF ET DE FORMATION SUR LA BASE DE POPULATION CIBLE**

- Programme de Protection Sanitaire en milieu éducatif et de formation.

**6- PROTECTION DE LA SANTE DES TRAVAILLEURS ET PRISE EN CHARGE DE LA PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE :**

- Incidence des Accidents du travail
- Incidence des Accidents de la Circulation
- Incidence des Accidents domestiques et handicaps qui leurs sont imputables.
- Prise en charge de la pathologie professionnelle.

**INDICATEURS DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE**

**- COUVERTURE :**

a) Le pourcentage de femmes recevant des soins prénatales est égal à :

$$\frac{\text{Nombre des premiers contacts prénatals}}{\text{Nombre de naissances attendues}} \times 100$$

b) Le pourcentage de femmes recevant des soins obstétricaux est égal à :

$$\frac{\text{Nombre des accouchements sous surveillance}}{\text{Nombre de naissances attendues}} \times 100$$

**RAPPORT POPULATION / PERSONNELS DE SANTE :**

- Le rapport est calculé par la formule suivante :

$$\frac{\text{Population}}{\text{Nombre de personnels de santé du type Spécifié}}$$

Qui donne le nombre moyen de personne desservies par un agent de santé.

A l'inverse , on utilise souvent le : Nombre de personnels de santé du type

$$\frac{\text{Nombre de personnels de santé du type Spécifié}}{\text{Population}} \times 100$$

**- INSUFFISANCE PONDERALE A LA NAISSANCE**

$$\frac{\text{A la naissance inférieur à 2 kg 500} \dots \dots \dots \text{Nombres nés vivants ayant un poids}}{\text{Nombre total d'enfants nés vivants}} \times 100$$

**- Pourcentage de poids faible pour l'âge :**

$$\frac{\text{Nombre d'enfants ayant un poids faible pour l'âge} \dots \dots \dots}{\text{Nombre total d'enfants}} \times 100$$

**- Pourcentage de taille faible pour l'âge :**

$$\frac{\text{Nombre d'enfants ayant une taille faible pour l'âge} \dots \dots \dots}{\text{Nombre total d'enfants}} \times 100$$

**- TAUX DE MORTALITE INFANTILE :**

$$\frac{\text{Nombre de décès d'enfants de moins d'un an au cours d'une période donnée} \dots \dots \dots}{\text{Nombre d'enfants nés vivants au cours de la même période}} \times 1000$$

**- TAUX DE MORTALITE JUVENILE :**

$$\frac{\text{Nombre de décès d'enfants de 1 à 4 ans au cours d'une année} \dots \dots \dots}{\text{Nombre total d'enfants de moins de 5 ans au milieu de l'année}} \times 1000$$

**- PROPORTION DES DECES D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS**

$$\frac{\text{Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans au cours d'une période donnée} \dots \dots \dots}{\text{Nombre total de décès au cours de la même période}} \times 100$$

**- ESPERANCE DE VIE**

$$\frac{\text{Nombre de décès dans un groupe d'âge donné au cours d'une année donnée} \dots \dots \dots}{\text{Population du groupe d'âge donnée au milieu de l'année}} \times 1000$$

**- TAUX BRUT DE NATALITE**

$$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes au cours d'une année donnée} \dots \dots \dots}{\text{Population au milieu de l'année}} \times 1000$$

**- TAUX DE MORTALITE PAR DES MALADIES SPECIFIQUES**

$$\frac{\text{Nombre de décès par une maladie spécifique au cours d'une année civile} \dots \dots \dots}{\text{Population au milieu de l'année}} \times 100.000$$

**- PROPORTION DES DECES PAR DES MALADIES SPECIFIQUES**

$$\frac{\text{Nombre de décès par la maladie spécifique} \dots \dots \dots}{\text{Nombre de décès par toutes les causes}} \times 100$$

**- INCAPACITE DE LONGUE DUREE PREVALENCE**

$$\frac{\text{Nombre de personnes présentant une incapacité de longue durée} \dots \dots \dots}{\text{Nombre total de personne examinées}} \times 100$$

**EVALUATION DES ACTIVITES  
ET PROGRAMMES DEVELOPPES**

DE L'UNITE SANITAIRE DE BASE

**I - ACTIVITES CURATIVES**

**ACTIVITES MEDICALES**

CONSULTATIONS AU 31/12/1995

	MEDECINE GENERALE	SPECIALITES	TOTAL
Pédiatrie			
Gynéco-obstétrique			
Ophtalmologie			
ORL			
Cardio-vasculaire			
Médecine interne			
Affections broncho pulmonaire			
Goitre			
Diabète			
Gastro-entérologie			
MST			
TOTAL			

**ACTIVITES DE CHIRURGIE DENTAIRE  
AU 31/12/1995**

CONSULTATIONS	SOINS DENTAIRE	CARIES	EXTRACTIONS	MAL POSITIONS	PROTHESES	TOTAL

**ACTIVITES DE LA SALLE DE SOINS  
AU 31/12/1995**

PANSEMENTS	INJECTIONS	AUTRES (préciser)	TOTAL

**ACTIVITES DU PLATEAU  
TECHNIQUE**

RADIO	LABORATOIRE	AUTRES (PRECISER)	TOTAL

**PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LES M.T.H**

**SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DES M.T.H  
DE 1996 A 2006**

MALADIES ANNEE	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Choléra												
F. Typhoïde												
H.Virale												
Dysenterie												
Amibiase												
Toxi -infec Alimentaire												
<b>TOTAL</b>												

**FOYER EPIDEMIOLOGIQUE DES M.T.H  
NOTIFIES DE 96 A 2006**

DATE	LOCALITE	MALADIE	NBRE DE CAS NOTIFIES	ORIGINE DE LA CONTAMINATION

**B C H**

COMMUNES	NOM DU MEDECIN DU B.C.H	NB DE TSS EN ASSAINISSEMENT EN ACTIVITE	AUTRES PERSONNELS	TOTAL

# PROGRAMME DE SANTE SCOLAIRE INFRASTRUCTURES SOCIO-CULTURELLES

AU 31/12/1995  
UNITE SANITAIRE DE BASE :

## CYCLE FONDAMENTAL (ECOLES ET CEM)

NB ETABLISSEMENTS	EFFECTIF GLOBAL	EFFECTIF CIBLE 1°-2°-7° AF	NOMBRE UDS FONCTIONNELLES

NB : Equipement des U.D.S : Correct, Insuffisant, Etat des Fauteuils Dentaires, autres...

## CYCLE SECONDAIRE

NB ETABLISSEMENTS	EFFECTIF GLOBAL	EFFECTIF CIBLE (1° AS)	NB UDS * FONCTIONNELLES

NB : Equipement des UDS correct, insuffisant état des fauteuils dentaires, autres.....

\* UDS : Unité de Dépistage et de Suivi.

## CRECHES ET JARDINS D'ENFANTS

NOMBRE DE CRECHES	NOMBRE DE JARDINS PUBLIQUES	EFFECTIF DES ENFANTS PRIS EN CHARGE

## MALADIES PREVALENTES EN U.D.S

PATHOLOGIE	CAS ORIENTS (a)		CAS PRIS EN CHARGE REELLE (b)		% B/A
	NBRE	%	NBRE	%	
Pédiatrie					
Ophthalmologie					
ORL					
Cardiologie					
Stomatologie					
Goitre					
Déformation du Rachis					
<b>Total</b>					

## SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADES TRANSMISSIBLES

MALADIES	ANNEES											TOTAL
	1996	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Choléra												
F. Typhoïde												
Dysenteries												
Hépatites Virales												
Diphtérie												
Tétanos												
Coqueluche												
Poliomyélite												
Rougeole												
Méningites à Meningocoque												
Méningites (autres)												
Tuberculose												
Paludisme												
Leishmaniose Cutané												
Leishmaniose Viscérale												
Kyste Hydatique												
Rage												
Charbon												
Brucellose												
Bilharziose												
Leptospirose												
Syphilis												
V.I.H												
Fièvre Boutonneuse												
Trachome												
Lèpre												
Toxi-Infection -Alim												
Urétrite Gonococque												
Urétrite non Gono												
Peste												
Typhus												
Fièvre jaune												
<b>Total</b>												

## MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET PREVALENTES

AFFECTIONS	NOMBRE
HTA	
RAA	
BRONCHO PULMONAIRE CHRONIQUES	
ASTHME	
DIABETE	
GOITRE	
ORL	
TOTAL	

Le ministre

**Circulaire n° 006 du 21 NOV 2005**

**Destinataires :**

- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé et de la Population des Wilayas.

**- Pour mise en application, suivi et évaluation**

- En communication : aux directeurs des secteurs sanitaires

**- Pour exécution**

Lors des inspections effectuées par le Ministère de la santé, de la Population et de la réforme Hospitalière au niveau des secteurs sanitaires, il a été constaté que de nombreuses salles de soins et de consultation ne sont pas fonctionnelles, voire fermées, ou encore se trouvent dans un état de dégradation et d'abandon, incompatible avec la dispensation des prestations de soins de premier recours.

Cette situation compromet l'accès des citoyens aux soins de santé de base et s'avère inacceptable eu égard au caractère prioritaire que revêt la santé de proximité dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Aussi, vous est-il demandé :

- De prendre les mesures nécessaires pour permettre la réouverture ou la remise en service de l'ensemble des salles de soins et de consultation actuellement fermées ou non fonctionnelles ;
- D'entreprendre, en liaison avec les autorités locales, la réhabilitation des salles de soins et de consultation dégradées ;
- D'assurer l'équipement et le personnel nécessaire au fonctionnement des dites salles de soins et de consultation, en veillant notamment à l'organisation de consultations médicales périodiques.

Ces actions doivent être entreprises dans les plus brefs délais, pour permettre leur concrétisation d'ici au 31 décembre 2005.

Un rapport circonstancié doit être transmis en ce sens au service concerné de l'administration centrale (Direction des Services de Santé) et toute difficulté entravant l'application de cette circulaire doit être signalée.

Le 21 NOV 2005

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

عملر تو



**Instruction Ministérielle N° 019 MSPRH/MIN du 24 Mars 2007**  
**Relative a l'organisation des équipes Médicales Mobiles pour la Couverture**  
**Sanitaire des Populations des Zones Enclavées**

**DESTINATAIRES :**

**Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas**  
**(Pour exécutions)**

Afin de renforcer l'accessibilité de la population aux soins de santé et d'assurer la continuité des soins aux niveaux des zones éparses et enclavées et conformément aux instructions données lors de la réunion du 12 Mars 2007, ayant regroupé les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas au siège du Ministère de la Santé, il vous est demandé d'organiser des équipes médicales mobiles allant vers les zones éparses et enclavées dans le but :

- de réduire les taux de mortalité infantile et maternelle ;
- d'assurer une couverture vaccinale à 100% de la population
- de prodiguer les soins nécessaires aux :

Enfants, femmes, parturientes (consultation prénatale et consultation du post-partum) personnes âgées, personnes handicapées.

Par ailleurs, un état mensuel des activités à l'objet nous êtes transmis.

Les Directeurs de la Santé et de la population des Wilayas et les Directeurs de l'Administration Centrale sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution de la présente instruction.

Le 24 Mars 2007

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمل تو

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 20 DU 24 MARS 2007**  
**RELATIVE AUX PRESTATIONS DES SPECIALISTES DE BASE**  
**AU SEIN DES POLYCLINIQUES**

**DESTINATAIRES :**

\* Madame & Messieurs les Directeurs de la santé et de la Population des Wilayas  
(pour exécutions)

La polyclinique est une structure extra hospitalière, et constitue l'unité de base essentielle en matière de soins de proximité. Elle assure les activités de prévention, de diagnostic de soins de base et de proximité.

- Consultation de Médecine Générale
- Consultation de Chirurgie Dentaire
- Cabinet de santé reproductive et de planification familiale

Dans le cadre de la mise en place de la carte sanitaire et conformément aux instructions données lors de la réunion du 12 Mars 2007, ayant regroupé les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas au siège du Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, il vous est impérativement demandé de prendre les dispositions nécessaires afin que les polycliniques soient en mesure d'assurer aussi les consultations de spécialités de base notamment :

- La Chirurgie Générale
- La Médecine Interne
- La Pédiatrie
- L'Obstétrique

En ce qui concerne les autres spécialités, les consultations seront dispensées au fur et à mesure des affectations des spécialistes au niveau de l'hôpital attenant à ces structures extrahospitalières de santé.

Les Directeurs de la Santé et de la Population des wilayas et les Directeurs de l'Administration Centrale sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution de la présente instruction.

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات  
عمار تو

**Circulaire N° 022 MSPRH/MIN du 15 Juillet 2007**  
**Relative au Fonctionnement et L'Extension des Salles d de soins**

**DESTINATAIRES :**

**Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la population**

**« pour mise en œuvre »**

**Mesdames et Messieurs les Walis « pour information »**

Dans le cadre de la mise en place de la nouvelle carte sanitaire instituée par le décret exécutif n° 07-140 du 19 MAI 2007, portant Création, Organisation et Fonctionnement des Etablissements Publics Hospitaliers et Etablissements publics de Santé de Proximité, les missions des salles de soins sont renforcés.

Le salle de soins est considérée en effet, comme l'unité médicalisée la plus proche du citoyen et le jalon primordial de la santé publique ou sont prodigués les soins dits de base ou premiers gestes. Le réseau des salles de soins doit être de ce fait densifié en vue de disposer d'où moins une salle de soins dans chaque quartier, en milieu urbain et dans chaque dechra ou ksar en milieu rural.

Ainsi, est-il demandé de veiller :

- à la réalisation de nouvelles salles de soins à chaque fois que de besoin ; sachant que la réalisation des structures de salles de soins relève de la responsabilité des Assemblées Populaires Communales (APC).
- à la réhabilitation des salles de soins existants si nécessaire à prendre en charge également par les APC.
- A la réouverture des salles de soins fermés ou désaffectés.

Il est également demandé de veiller au redimensionnement des salles de soins existants et à leurs équipements, pour leur permettre de mener à bien leurs nouvelles missions, définies comme suit :

- 1- Assurer les consultations de médecine générale avec l'affectation en permanence d'un médecin généraliste et d'un paramédical ;
- 2- Assurer la disponibilité d'un cabinet de soins généraux où seront pratiqués les infections et les pansements ;
- 3- Assurer les activités de prévention suivantes :
  - le suivi des programmes nationaux de santé ;
  - le suivi de l'activité de prévention maternelle et infantile (suivi des parturientes et vaccination) ;
  - le suivi de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
  - la surveillance et le contrôle de l'hygiène du milieu.

Pour garantir la permanence du médecin et paramédical, les APC devront être sensibilisées à intégrer à la structure des salles de soins deux logements, l'un destiné au médecin généralistes, et l'autre, au paramédical.

Je vous invite à me rendre compte chaque trimestre, de la mise en œuvre de la présente circulaire.

La fiche technique ci-jointe définit les mesures nécessaires au bon fonctionnement des salles de soins. Ces mesures qui constituent un seuil minimum peuvent être adaptées en fonction des spécificités locale.

## FICHE TECHNIQUE D'UNE SALLE DE SOINS

### **I/ LIEU D'IMPLANTATION :**

- **Wilaya :**
- **Commune d'implantation :**
- **EPSP :**
- **Adresse :**
- **Tel :**
- **Date de la mise en fonctionnement :**

### **II/ INFRASTRUCTURE :**

- Cabinet de Consultation Générale avec climatiseur ;
- Cabinet de soins Généraux
- Salle d'Education Sanitaire
- Salles d'Attente avec climatiseur ;
- Pharmacie ;
- Salle pour Fichier (Archives) ;
- Sanitaires ;
- Dépôt des déchets

### **III/ MOYENS HUMAINS :**

#### **a) Personnel Médical :**

- \* Un Médecin Généraliste

#### **b) Personnel Paramédical :**

- \* Un Paramédical

### **IV/ACTIVITES :**

- Consultation de Médecine Générale
- Activités de prévention

### **V/ MOYENS MATERIELS :**

#### **a) Cabinet de Consultation Médicale :**

- Bureau avec tiroirs à clés ;
- Chaises ;
- Armoires Bibliothèque ;

#### **b) Equipement Médical :**

- Table de Consultation (avec Etriers)
- Tabouret
- Escabeau
- Paravent
- Chariot
- Armoire à vitre pour pharmacie
- Négatoscope
- Stérilisateur
- Lampe Scialytique Mobile
- Stéthoscope
- Tensiomètre Adulte
- Tensiomètre Enfant
- Stéthoscope Obstétricale
- Oscope
- Ophtalmoscope
- Laryngoscope
- Mètre Ruban
- Toise
- Lampe
- Pèse-bébé
- Pèse-personne
- Thermomètre
- Marteau à Réflexes
- Glucomètre
- Spéculum Vaginal (G.M.P)
- Abaisse Langues Métalliques
- Abaisse Langues Stériles
- Garot
- Tambours à Compresses (G.M.P)
- Boîte de Coton
- Haricots
- Plateaux (G.M.P)
- Boîte à instruments de petite chirurgie

**Circulaire N° 023 MSPRH/MIN du 15 Juillet 2007**

**Relative à la prise en charge des patients pour explorations radiologiques et analyses de laboratoires.**

**DESTINATAIRES :**

- Mme et Mrs les Directeurs de la Santé et de la Population pour suivi et en communication aux :
- **Directeurs des EHS**
- **Directeurs des EPH**
- **Directeurs des EPSP**
- Mme et Mrs les Directeurs Généraux des CHU
- Mr le Directeur Général de l'EHU
- Mrs les Directeurs Généraux des EH

Il m'a été donné de constater, que les patients hospitalisés ou en consultation sont orientés vers d'autres établissements publics ou privés pour certains examens complémentaires jugés impératifs par leur état de santé, et ce, malgré la disponibilité des plateaux techniques et des laboratoires d'analyses dans les structures de santé.

Les motifs invoqués sont entre autres, les pannes d'équipements, le manque de réactifs et l'insuffisance d'encadrement.

Ce type de situation ne peut être toléré. La prise en charge des patients hospitalisés et consultants au niveau des établissements de santé, nécessite en effet un plateau technique et des moyens d'analyses en adéquation avec les activités développées, une maintenance rigoureuse et un approvisionnement régulier en consommables et réactifs que les responsables des établissements de santé sont tenus d'assumer.

Aussi, est-il demandé à ce que, pour les malades hospitalisés ou en consultation, tout recours aux examens complémentaires à l'extérieur de l'établissement de santé et qui ne peuvent être effectués par celui-ci obéisse à la procédure définie dans la fiche motivant la non prise en charge du patient, jointe en annexe.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عمار تو

**Fiche motivant la non prise en charge d'un patient pour exploration radiologiques et analyses de laboratoires**

Structure :

N° de la fiche navette.....  
Nom du patient .....Prénom.....  
Service demandeur.....  
Prescripteur .....

Service d'accueil concerné :

Personne contactée pour l'accueil :

Motif de la non prise en charge du patient :

Le responsable de  
L'hospitalisation ou de la Consultation

Le Responsable du  
laboratoire d'Analyses  
Médicales

Le Responsables de  
L'Imagerie Médicale

Le Directeur de  
l'Etablissement de Santé  
Ou Son représentant dûment Mandaté

**CIRCULAIRE N° 24 SPRH/MIN DU 20 SEP 2007**  
**RELATIVE AUX ACTIVITES D'UNE POLYCLINIQUE**

**Destinataires :**

- **Mme et Mrs les Directeurs de la Santé et de la Population « tous » pour la mise en œuvre**
- **Mme et Mrs les Walis « tous » pour information**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle carte sanitaire et conformément aux dispositions du décret exécutif n° 07-140 du 19 Mai 2007, la polyclinique constitue l'unité de base médicalisée, essentielle en matière de soins de proximité. Elle est rattachée administrativement à un Etablissement Public de Soins de Proximité (E.P.S.P) et peut être aussi le siège technico-administratif de ce dernier.

Cette entité sanitaire couvre un bassin de population, en milieu urbain, de l'ordre de 25.000 habitants. En prenant en considération la notion de distance, les besoins identifiés de la population, les contraintes socio-économiques, géographiques et de relief, ainsi que l'enclavement de certaines zones, la polyclinique peut couvrir un bassin de population de 3000 à 4000 habitants en milieu rural.

La polyclinique, en tant que structure sanitaire extra-hospitalière, doit abriter et organiser :

- 1- Les activités de Médecine générale
- 2- Les activités de Soins Dentaires
- 3- Les consultations de Spécialités de Base :
  - Chirurgie Générale
  - Médecine Interne
  - Obstétrique
  - Pédiatrie

Elle doit également offrir d'autres consultations spécialisées en fonction de la disponibilité des praticiens spécialistes en relation avec l'Etablissement Public Hospitalier (EPH) le plus proche.

- 4- Les activités de soins paramédicaux (injections, pansements...)
- 5- Elle prend en charge les Urgences Médico-Chirurgicale :
  - assure les gardes H 24/24 ;
  - dispose de lits d'observation, voire d'hospitalisation « à décider par le ministère dans les cas liés à l'éloignement et à l'enclavement »
- 6- les activités de prévention et notamment :
  - application et suivi des programmes nationaux et locaux de santé publique ;
  - application et suivi de l'activité de prévention maternelle et infantile (suivi des parturientes et vaccination) ;
  - application et suivi de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
  - surveillance et contrôle de l'hygiène du milieu.

7- les activités d'aide au diagnostic :

Elle doit disposer pour ce faire :

- d'un laboratoire d'Analyses Médicales pour les examens :

- \* Hématologie ;
- \* Sérologie ;
- \* Biochimie ;
- \* Bactériologie.

- d'une Radiologie Conventiennelle pour ;

- les os (le squelette)
- le poumon
- l'abdomen

L'objectif recherché est de :

- hiérarchiser les soins de santé de base ;
  - réhabiliter la polyclinique en tant que prescriptrice des soins de base ;
  - renforcer les activités de prévention ;
  - rééquilibrer les activités sanitaires afin de mieux répondre aux besoins de la population ;
  - corriger les disparités pour assurer une bonne médecine de proximité ;
  - rendre la polyclinique plus humanisée pour la population en ;
- 
- ❖ améliorant l'accueil et la qualité des soins fournis ;
  - ❖ personnalisant le rapport médecin malade afin de gagner sa confiance ;
  - ❖ jusqu'à arriver au concept réel du médecin de famille

La fiche technique ci-jointe définit les mesures nécessaires qui représentent un seuil minimum pour un bon fonctionnement de la polyclinique.

J'attache une importance particulière à la mise en œuvre de la présente circulaire et vous invite à me rendre compte trimestriellement de son application.

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات  
عمار تو

**FICHE TECHNIQUE**  
**D'UNE POLYCLINIQUE**

**I / LIEU D'IMPLANTATION**

- Wilaya :
- E.P.S.P
- Adresse :
- Tél :
- Date de la Mise en Fonctionnement :
- Arrête :

Nbre de Communes Couvertes :  
Nbre de la Population Couvertes :

**II / INFRASTRUCTURE :**

- Bureau d'Accueil, d'Orientation et Secrétariat ;
- Cabinet de Consultation Générale avec climatiseur ;
- Cabinet de Consultation Spécialisée : Spécialités :
- Cabinet Dentaire ;
- Cabinet de Soins Généraux ;
- Salle d'Education Sanitaire ;
- Salles d'Attente avec Climatiseur
- Pharmacie ;
- Salle pour Fichier (Archives)
- Sanitaires (Salles d'eau)
- Salle d'Imagerie Médicale ;
- Laboratoire d'Analyses Médicales
- Dépôt des Déchets (Alimentaires – du Cabinet des soins Généraux – PMI-Cabinets de Consultation)

**III / MOYENS HUMAINS :**

**a) Personnel Médical :**

- \* Spécialistes
- \* Généralistes
- \* Chirurgiens Dentistes
- \* Pharmaciens
- \* Biologistes

**b) Personnel Paramédical :**

- \* Agents Paramédicaux
- \* Laborantins
- \* Sage Femme
- \* Manipulateur Radio
- \* Psychologue
- \* Orthophoniste

**c) Autres :**

- \* Agents d'Entretiens
- \* Agents de Sécurité
- \* Gardiens
- \* Ambulancier
- \* Autres (préciser)

**IV / ACTIVITES :**

- Consultation de Médecine Générale ;
- Consultation de Médecine Spécialisée ;
- Activité de Prévention Maternelle et infantile (PMI) ;
- Activités de Maternité ;
- Activité d'Urgence Médico-Chirurgicale

- Laboratoire :

- Analyses Biochimiques ;
- Analyses Bactériologiques ;
- Bilan Rénal ;
- Hémogramme Complet ;

- Imagerie Médicale :

- Téléthorax
- ASP (Abdomen sans préparation)

- Radiologie du Squelette – Crâne

} Membres Inférieurs  
Membres Supérieurs  
Rachis



**V/ MOYENS MATERIELS :**

- a) **Cabinet de Consultation Médicale :**
- Bureau avec tiroirs à clés ;
  - Fauteuil
  - Chaises
  - Armoire Bibliothèque
  - Climatiseur

**b) Equipement Médical :**

- Table de Consultation (avec étriers)
- Tabouret
- Escabeau
- Paravent
- Chariot
- Armoire à vitre pour pharmacie
- Négatoscope
- Stérilisateurs
- Lampe Scialytique Mobile
- Stéthoscope
- Tensiomètre
- Stéthoscope Obstétrical
- Otoscope

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
**MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME**  
**HOSPITALIERE**

Le Ministre

الوزير

**INSTRUCTION N° 001/MSPRH/MIN du 16 MARS 2008**

**FIXANT LES CONDITIONS D'AMENAGEMENT ET D'EQUIPEMENT DES CONSULTATIONS DE PSYCHOLOGIE**

**DESTINATAIRES :**

- Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population
- Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU
- Monsieur le Directeur Général de l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité

La présente instruction a pour objet de fixer les conditions d'aménagements et d'équipement des consultations de psychologie clinique et orthophonique au sein des structures sanitaires publiques.

En effet le développement des consultations de psychologie s'inscrit dans le cadre du renforcement de la prise en charge psychologique préventive et curative des populations et de l'accompagnement des nouvelles activités comme l'implantologie, la pédopsychiatrie, la toxicomanie, le psycho traumatisme.....

La consultation de psychologie, intégrée aux offres de soins, est signalée et aisément accessible aux citoyens et aux malades en choisissant des espaces appropriés respectant limités des personnes, sans être isolée afin d'éviter des situations angoissantes chez certains sujets, et veillant au confort des différentes, l'adolescent et plus particulièrement dans les établissements de proximité.

La consultation de psychologie dispose d'une salle fermée et réservée exclusivement aux psychologues; dénommée cabinet de consultation de psychologie orthophonique. Cet espace ne peut être partagé au moment de la réalisation des entretiens confidentiels.

Le local d'une surface minimale de 16 m<sup>2</sup>, sachant que cette dernière prend en charge les personnes individuellement, en couple, en famille ou en groupe (moyenne 6 à 8 personnes). Ce local doit être bien éclairé, aéré, chauffé et disposer d'une bonne isolation phonique.

Le cabinet de consultation dispose au minimum du matériel suivant :

- 1 bureau avec tiroirs de rangement.
- 1 table ou fauteuil de relaxation thérapeutique.
- 1 table basse accompagnée d'un nombre de sièges suffisant pour le suivi d'un groupe.
- 1 fichier pour la conservation des dossiers dans les conditions assurant le secret professionnel.
- 1 grande armoire de rangement du matériel utilisé lors des examens psychologiques ainsi que des ouvrages de références en matière de techniques de diagnostic et de méthodes spécifiques des diverses psychothérapies. Cette armoire est fermée à clé.
- 1 grande glace pour l'apprentissage du schéma corporel et la psychomotricité.

Les tests psychologiques sont des outils indispensables au fonctionnement de la consultation de psychologie quel que soit son lieu d'implantation. Ainsi, chaque consultation devra être équipée d'une batterie de tests. Cette batterie devra être composée d'une série de tests en fonction des domaines d'intervention et des populations consultantes (enfant, adolescent et adulte):

En psychologie clinique: Tests d'intelligence, d'aptitude, de personnalité, projectif et clinique.

En psychologie orthophonique: Tests d'évaluation et rééducation du langage oral, du langage écrit et des pathologies neurologiques.

Par ailleurs, la consultation de psychologie orthophonique doit disposer d'un amplificateur vocal pour la rééducation des malentendants.

En outre, pour la réalisation des ateliers éducatif, d'expression corporelle et de psychomotricité, d'expression graphique et ludique artistique, un matériel pédagogique et ludique doit être fourni constitué d'images, de planches pour l'apprentissage, de jeux, jouets consommables pour les activités suscitant l'expression graphique et autres. Ce sont des supports de médiation de la relation qui vont s'appuyer sur d'autres canaux de communication que le langage verbal pour des consultations de psychologie.

Aussi, vous est-il demandé de veiller à assurer les conditions d'aménagement et d'équipement des consultations de psychologie conformément aux dispositions de la présente instruction.

# **HYGIENE HOSPITALIERE**

**ARRETE N°64/MSP DU 17/11/1998 PORTANT CREATION D'UN COMITE DE  
LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU NIVEAU DES  
ETABLISSEMENTS DE SANTE.**

Le Ministre de la Santé et de la Population,  
Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 janvier 1997 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu l'arrêté n°12 du 28 Mars 1998 portant création du comité national d'hygiène hospitalière.

**ARRETE :**

**Article 1 :** Il est créé auprès de chaque établissement de santé CHU – SS – EHS-  
Un comité ci-après dénommé le comité de lutte contre les infections nosocomiales.

**Article 2 :** Le comité est un organe consultatif est chargé :

- D'identifier, de surveiller les infections nosocomiales et d'en déterminer la prévalence.
- D'élaborer de proposer un programme de lutte contre les infections nosocomiales et un programme de formation.
- D'évaluer les résultats les actions entreprises et d'en faire rapport au chef de l'établissement.

**Article 3 :** Le comité est présidé par le chef de l'établissement comprend :

- Le président du conseil scientifique ou le président du conseil médical
- Le chef de service d'épidémiologie et de médecine préventive
- Le responsable chargé de la pharmacie de l'établissement
- Un praticien représentant le laboratoire d'analyses médicales
- Un praticien représentant les spécialités médicales un praticien représentant les spécialités chirurgicales un praticien représentant les explorations un praticien représentant la chirurgie dentaire et son désignés par le conseil scientifique ou le conseil médical.
- Un coordinateur des activités paramédicales désigné par le chef de l'établissement
- Le responsable chargé des infrastructures et des équipements
- L'ingénieur biomédical et de maintenance et l'architecte quand ils existent

**Article 4 :** Le comité peut faire appel en cas de besoin a toutes personnes susceptibles de l'assister dans ses tâches

**Article 5 :** Le comité se réunit obligatoirement une fois par mois

**Article 6 :** Messieurs les directeurs de la santé et de la population et les directeurs des établissements publics de santé sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution de cet arrêté qui sera publié au *Bulletin Officiel* du ministère de la santé et de la population.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**SIGNE Y.GUIDOUM**

**INSTRUCTION N°16 /MSP /MIN / CAB**

**DESTINATAIRES :**

- Madame et Messieurs les Walis « pour information »  
-Mesdames et Messieurs les Directeurs de Santé  
et de la population « pour application et diffusion »  
-Mesdames et Messieurs les Praticiens et les gestionnaires  
de santé des secteurs publics et privés. « pour application »

**OBJET : Prévention, lutte et éradication des infections liées à la pratique médicale**

Au cours des vingt dernières années, pas moins d'une trentaine de maladies infectieuses dites émergentes ont été nouvellement identifiées, dont l'infection à VIH et l'hépatite C qui constituent une grande menace pour la santé publique. Pour la plupart de ces maladies, il n'existe ni traitement, ni vaccin, ni sérum. La victoire sur les maladies infectieuses est encore loin.

Les structures de santé, qu'elles soient publiques ou privées, constituent, par leur vocation de soins, un lieu de rencontre des malades et par là même un carrefour pour les germes. Ce sont des lieux où le risque infectieux est grand, et s'exerce non seulement sur les malades et les personnels, mais aussi sur les visiteurs occasionnels, voire sur toute la population. De ce fait, ces structures sont obligatoirement le lieu privilégié pour la prévention, la lutte et l'éradication des maladies transmissibles.

Selon les résultats de différentes enquêtes ponctuelles effectuées ces dernières années, la prévalence moyenne nationale des infections nosocomiales (c'est à dire des infections contractées à l'hôpital par des malades hospitalisés pour d'autres motifs). Se situerait autour de 20% avec des extrêmes allant de 10 à 30%. Alors que ces mêmes chiffres sont 4 à 5 fois plus bas dans d'autres pays et que la moyenne internationale n'est que de 5 à 15 %.

Les sites à haut risque sont représentés par les services de réanimation, d'oncologie, de chirurgie, d'hémodialyse, de maladies infectieuses, de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie. Les infections pariétales postopératoire, urinaires, pulmonaires, septicémiques, sont parmi les plus fréquentes.

L'analyse par raccordement des données épidémiologiques des secteurs publics et privés actuellement disponibles - est en faveur d'une prévalence très élevée des infections liées à la pratique médicale (ILPM), dans notre pays.

De par la surconsommation médicamenteuse et de soins, la prolongation de la durée de séjour hospitalier qu'elles entraînent ; ces infections, bien que facilement contrôlables, continuent d'aggraver la morbidité et la mortalité des pathologies existantes et grever considérablement le budget de santé.

La paupérisation de la population et la dégradation sociale - conséquences habituelles de toute transition économique - ont favorisé le laisser-aller et la mauvaise qualité des prestations et de la prise en charge de nos malades dans certaines de nos structures de santé, aussi bien publiques que privées.

Les progrès de la biotechnologie offrent chaque jour un matériel de plus en plus sophistiqué, et dont les techniques de désinfection et de stérilisation sont de moins en moins maîtrisées par les praticiens. Le temps de stérilisation d'un matériel médico-chirurgical d'investigation ou de traitement est souvent sacrifié par négligence au détriment du malade et de la santé publique.

De nombreuses infections liées à la pratique médicale, aux conséquences imprévisibles et parfois même dramatiques, sont de plus en plus signalées à nos services. Ces infections peuvent survenir dans n'importe quel lieu de soins.

De tels accidents évitables de surcroît, sont inadmissibles et ne doivent plus jamais se reproduire. Tous les médecins, et en particulier les chefs de service médicaux et paramédicaux, ainsi que les gestionnaires de santé, sont tenus pour premiers responsables de cette situation. Ils doivent de toute urgence prendre les mesures nécessaires pour assurer, d'ici la fin de l'année, la mise en place et le fonctionnement des dispositifs de prévention de ces ILPM.

L'eau reste l'élément le plus important pour l'hygiène d'une manière générale et la lutte contre les infections en particulier. Selon l'OMS, le nombre de robinets par habitant est meilleur indicateur de santé que le nombre de lits d'hôpitaux par habitant. Or l'eau manque dans notre pays et même dans nos hôpitaux. A cet effet, il est du devoir et de la responsabilité de tout gestionnaire de santé d'assurer sa disponibilité permanente, par n'importe quel moyen (réservoirs, citernes, forages,) en qualité et sa quantité suffisantes, dans tous les lieux de soins. Les services de prévention devront assurer le contrôle qualitatif périodique de toute eau distribué à la population. Une large approche intersectorielle est nécessaire.

Il en est de même pour produits désinfectants et stérilisants (savon, eau javel stérilisants spécifiques à certains matériels d'investigation ou de traitement). Qui manquent souvent dans les structures de santé. Aucune excuse ne pourra à l'avenir justifier une telle carence. La promotion de l'utilisation du matériel à usage unique (gants, seringues jetables, aiguilles, lames, cathéters, sondes, champs, compresses...) est indispensable pour lutter efficacement contre l'infection.

Les règles élémentaires d'hygiène (lavage des mains, tenues de travail appropriées, propreté des locaux...) doivent être constamment rappelées à tous. Il est clair, qu'on ne peut parler d'hygiène hospitalière dans un environnement hostile aux règles les plus élémentaires d'hygiène générale. Le principe « le vert ou le dur » doit être de rigueur. Les terrains vagues, sources de nuisances publiques et de réservoirs de germes (insectes, rongeurs, oiseaux, reptiles...) doivent disparaître de nos structures de santé, pour céder place aux espaces verts, qui produiront de l'oxygène et diminueront la pollution atmosphérique.

Les déchets hospitaliers (DH), de leurs diversités (déchets ordinaires, infectieux, anatomiques, chimiques, pharmaceutiques, radioactifs, piquants et tranchants, à forte teneur en métaux lourds, sous-pression ...) constituent une grande menace pour la santé publique et l'environnement. Les déchets infectieux et anatomiques en particulier, sont de véritables bouillons de cultures et jouent un rôle déterminant dans la chaîne de transmission et la pérennité des maladies infectieuses.

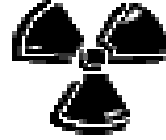
La production en quantités de plus en plus importantes de DH est aggravée par l'absence, le plus souvent, ou pour les pannes fréquentes des incinérateurs. Selon des estimations, 124611 tonnes de DH sont annuellement produits en Algérie, dont 1600 tonnes pour la seule wilaya d'Alger. Une bonne gestion de ces déchets hospitaliers est fondamentale et indispensable. Une formation des personnels de santé dans ce domaine est nécessaire, car peu nombreuses sont les personnes qui maîtrisent les techniques de collecte, de transport et d'élimination de ces DH.

Un code couleur (pour les sachets de ramassages) ou un pictogramme doit distinguer les déchets à risques des déchets domestiques, et permettre un tri de tous les déchets dans notre pays. Les codes couleurs et les symboles suivants sont ceux commandés par l'OMS et mondialement utilisés.

- Jaune pour les déchets infectieux  
Brun pour les déchets dangereux et pharmaceutiques.  
Noir pour les déchets domestiques.



Symbole international Pour les déchets infectieux



Symbole international pour les déchets radioactifs

Ce code couleur et ces symboles doivent être connus de tous, y compris du grand public, d'où l'importance de la communication sociale.

Cette problématique aux multiples facettes et aux conséquences de plus en plus néfastes pour notre santé, notre environnement et notre développement impose, comme une nécessité absolue et une priorité, la prise de conscience de tous soignants, soignés, gestionnaires et citoyens, de ce danger réel. Cette prise de conscience est très importante, voire déterminante, pour la réussite de toute stratégie de prévention de ces infections liées à la pratique médicale.

C'est dans cette optique, et pour répondre à ce besoin pressant, qu'il est impératif de veiller à l'application et au suivi des dispositions réglementaires prévues par les instructions n° 64/MSP du 17/11/1998 portant création du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), n° 573/MSP/DP du 13/12/2000 relative à l'hygiène au niveau des centres d'hémodialyse, et n° 398 /MSP/CAB du 12/09/1995 relative à la gestion des déchets hospitaliers, ainsi que les recommandations du guide technique d'hygiène hospitalière de 1998.

Enfin le laisser-aller, la négligence, voire l'impéritie notoire, qui sont de plus en plus constatés chez certains producteurs de santé, et engagent la responsabilité civile et pénale de tout un chacun, nous interpellent tous. Ces comportements irresponsables sont inacceptables, et me commandent aujourd'hui de vous rappeler certaines dispositions légales, relatives à la pratique médicale et à la morale professionnelle stipulées par le code de la santé et le code de déontologie médicale.

Les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'état assure la protection à la lutte contre les maladies épidémiques et déontologiques (Article de la Constitution).

« Toute négligence et toute faute professionnelle commise par le médecin, le chirurgien dentiste, le pharmacien et l'auxiliaire médical dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions et qui affecte l'intégrité physique ou la santé, cause une incapacité permanente, met en danger la vie ou provoque le décès d'une personne, est poursuivie conformément aux dispositions des articles 28 et 289 du code pénal ». Article 239 du code de la santé.

« Les infractions aux règles et aux normes de salubrité, d'hygiène et de prévention générale, entraînent, sous réserve des sanctions disciplinaires et administratives, des sanctions pénales, conformément à la législation en vigueur et notamment, aux articles 441 bis, 442 bis et 443 du code pénal » (Article 266 du code de santé).

« Le médecin et le chirurgien dentiste sont au service de l'individu et de la santé publique. Ils exercent leur mission dans le respect de la vie et de la personne humaine » (Article 6 du code de déontologie médicale)

Les Directeurs de la Santé et de la Population sont chargés de l'application, de la large diffusion à tous les praticiens et gestionnaires de santé et des écoles de formation paramédicale, ainsi que de l'affichage de la présente instruction dans tous les lieux de soins. Chaque Directeur de la Santé et de la Population devra établir et transmettre au Ministère de la Santé et de la Population (Direction de la Prévention) un rapport mensuel sur la situation de l'hygiène de la pratique médicale dans tous les lieux de soins, publics et privés, en signalant les difficultés et les contraintes rencontrées dans ce domaine.

J'attache une importance capitale et une attention toute particulière quant à l'application de la présente instruction.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DES SERVICES DE SANTE  
N° 06 /MSP/ DSS

**INSTRUCTION N° 06 DU 14 AVRIL 1997**

**Objet : PROTOCOLE D'HYGIENE HOSPITALIERE POUR LA PREVENTION DES MALADIES VIRALES DANS LES CENTRES D'HEMODIALYSE.**

(Hépatite B, C et HIV)

**Dest :** MRS LES DG DES CHU (TOUS)  
MRS LES DIRECTEURS DES EHS (TOUS)  
MRS LES DSPS (TOUS)

A l'effet de renforcer la protection du patient et du personnel soignant de toute contamination par les maladies virales (dues a HBV, HCV et HIV) dans les centres d'Hémodialyse, j'ai l'honneur de vous communiquer en annexe un protocole d'hygiène hospitalière pour la prévention des maladies virales dans les centres d'hémodialyses.

Je vous demande de prendre toute disposition à l'effet- de faire respecter scrupuleusement les règles préventives contenues dans ce protocole.

J'attache beaucoup d'importance à la stricte application de cette instruction

LE DIRECTEUR DES SERVICES DE SANTE

**Docteur A. CHAKOU**

## **PROTCOLE D'HYGIENE HOSPITALIERE POUR LA PREVENTION DES MALADIES VIRALES DANS LES CENTRES D'HEMODIALYSES (Hépatites B, C, V).**

Les règles préventives suivantes doivent être impérativement respectées, dans le but de prévenir la transmission de maladies virales (dues à HBV, HCV, HIV), dans les centres d'hémodialyses et de protéger le personnel soignant et le patient de toute contamination.

Ces mesures d'hygiène concernent :

1/ Les malades 2/ Le personnel soignant 3/ Les soins 4/ Les locaux.

### **1/ Mesures d'hygiène pour les malades :**

1-1/ *Entreprendre une vaccination contre l'hépatite B chez les malades mis sur programme d'hémodialyse (Voir annexe 1).*

1-2/ Effectuer, si possible un prélèvement en vue d'examen sérologiques chez tout nouveau malade, et chez les anciens hémodialysés (sérologies HBV, HCV, HIV) (Voir annexe 2).

1-3/ Insister auprès du malade afin qu'il signale tout acte médical, chirurgical, transfusion sanguine, et hémodérivés, ou des soins dentaires qu'il a subi récemment.

1-4/ S'assurer de l'hygiène corporelle correcte du malade. Exiger au minimum la toilette des deux membres supérieurs, au savon blanc avant le branchement.

### **2/ Mesures d'hygiène pour le personnel soignant :**

2-1/ La vaccination anti-HBV complète est obligatoire pour tout les personnels de l'unité d'hémodialyse.

2-2/ Des examens sérologiques (HBV, HIV) sont recommandés tous les trois mois à six mois.

2-3/ Le lavage des mains, au savon blanc ou avec un savon antiseptique, doit être obligatoire : avant et après chaque manipulation et surtout avant et après chaque branchement.

2-4/ Des petits pansements de protection sont recommandés au personnel pour toute excoriation ou lésion cutanée des mains en particulier.

2-5/ L'usage de gants est impératif pour le personnel :

Pour le branchement et le débranchement du malade.

Lors de toute manipulation en cours de séance de dialyse.

2-6/ Le port d'un masque de protection et de lunettes est recommandé lors du branchement, du débranchement ou de tout autre manipulation sanglante

### **3/ Mesures d'hygiène relative aux soins.**

3-1/ Pour le branchement après lavage soigneux et lavage des mains de l'infirmier désinfection de la peau du malade à l'aide d'un antiseptique type alcool chirurgical 70° ou polyvidone iodée.

3-2/ L'utilisation seringue individuelle à usage unique est impérative pour l'injection d'héparine ou tout autre produit au cours de la séance.

3-3/ Il est formellement interdit de ré capuchonner les aiguilles utilisés.

3-4/ Il est recommandé de désinfecter à l'eau de javel à 12° les parois extérieures des tubes s'il y'a souillure lors d'un prélèvement.

### **4/ Hygiène du matériel :**

4-1/ Les aiguilles utilisées souillées ainsi que le matériel coupant souillé doivent être collecté, au fur et à mesure dans un récipient (par exemple, un bidon de dialyse), rigide et profond, bien fermé, qui sera destiné à l'incinérateur.

4-2/ L'ensemble du circuit sanguin extra-corporel (dialyseur complet) doit être collecté, à la fin de la séance, dans un double sac, bien fermé, de même couleur que les autres sacs de déchets contaminés du service. Ils seront impérativement destinés à l'incinérateur.

4-3/ Lorsque la sérologie du malade est connue positive il convient de redoubler de vigilance en renforçant toutes les mesures d'hygiène sus-citées et éventuellement effectuer le branchement sur des postes réservés.

4-4/ La désinfection chimique du générateur de dialyse est impérative après chaque séance : utiliser pour cela de l'eau à 12° diluée au 1/10. (Voir annexe 3).

4-5/ Le matériel réutilisable du bloc opératoire et des salles du service tel haricot , bassin urinal, doit être soigneusement lavé avec un détergent puis rincé à l'eau et ensuite décontaminé à l'aide d'eau de javel à 12°. Une stérilisation devra obligatoirement intervenir par la suite pour le matériel chirurgical notamment.

4-6/ Les surfaces externes du générateur de dialyse doivent être nettoyées et désinfectées à l'eau de javel après chaque dialyse, sans oublier les touches de mise en route et de réglage.

### **5/ Hygiène de l'environnement du malade et des locaux d'hémodialyse :**

5-1/ Les salles d'hémodialyse doivent être spacieuse (6mètres carrés/malades pour éviter le surpeuplement) et bien ventilées.

5-2/ Le sol doit être nettoyé régulièrement et désinfecté à l'eau de javel une fois par jour.

5-3/ Les murs des salles d'hémodialyse doivent être faïencés pour permettre un nettoyage régulier et une désinfection à l'eau de javel. L'existence d'un lavabo dans chaque salle est fortement recommandée ainsi qu'une douche au niveau de l'unité.

5-4/ Les alèses, les draps, les montants de lits, doivent être nettoyés et désinfectés régulièrement à l'eau de javel à 12°.



## **IMPORTANT**

*En cas d'accident de piqûre du personnel : ou de projection de sang sur les muqueuses, conjonctives en particulier :*

*Laisser saigner puis rincer abondamment après lavage au savon et appliquer de l'alcool à 70° ou bien de l'eau de javel à 12° diluée au 1/10 : le temps de contact doit être d'au moins (5) minutes.*

Chercher à connaître le caractère infectant du liquide responsable : une sérologie VHC et VIH du patient peut être prélevée après son accord (Voir annexe 2).

Informez le médecin du travail de l'hôpital.

## **ANNEXES**

### **Procédure de vaccination contre l'hépatite B :**

#### **Annexe 1 :**

Injection d'une dose vaccinale par mois pendant 3 mois. Rappel un an plus tard. Ou bien une injection d'une dose par mois pendant 3 mois, rappel au sixième mois

Pour les patients dont l'état immunitaire est altéré, pratiquer quatre injections à un mois d'intervalle en doublant la quatrième dose.

#### **Annexe 2 :**

Tout malade à hémodialyser doit être considéré comme potentiellement contaminant.

Cependant des exigences éthiques imposent le consentement du malade pour les prélèvements systématiques souhaitables en vue de connaître son statut sérologique VIH. Si le consentement du malade est obtenu, des sérologies VIH et VHC sont recommandées tous les trois mois à six mois.

#### **Annexe 3 :**

Le contrôle de la concentration de la solution de javel est obligatoire au laboratoire de la structure de soins, il se fait selon une procédure simple, par le pharmacien.

De plus la solution doit être renouvelée tous les huit (8) jours maximum 2 semaines car son pouvoir désinfectant se perd avec le temps et sous l'effet d'une forte chaleur.

#### **Annexe 4 :**

Proscrire toute transfusion sanguine avec du sang non contrôlé sérologiquement.

Monsieur le Ministre  
A  
Messieurs les D.S.P.S

**OBJET/:** **Instruction technique pour la gestion des déchets hospitaliers.**

L'étendue de la couverture sanitaire fait que des quantités importantes de déchets chimiques, toxiques, biologiques et anatomiques sont générées quotidiennement par les établissements hospitaliers et malheureusement éliminés dans des conditions ne garantissant pas les normes d'hygiène publique.

Il est grand temps de mettre un terme à cette situation souvent préjudiciable à la santé de la population et à la sécurité de l'environnement et ce, par une collecte rationnelle de déchets et leur incinération dans les établissements dotés d'incinérateurs et / ou stockage (produits toxiques) dans des conditions garantissant leur innocuité.

Aussi, la présente circulaire a pour objet de donner quelques recommandations, pour le stockage, le ramassage et l'élimination de ces déchets afin de protéger le personnel, et l'environnement des risques dus à ces déchets.

Les déchets hospitaliers peuvent être classés en cinq (5) catégories :

- Les déchets ménagers
- Les déchets encombrants
- Les déchets piquants, coupants
- Les déchets contaminés ou septiques
- Les déchets toxiques et dangereux.
- **Les déchets ménagers** : Ce sont les restes de repas, déchets de cuisine. Ceux-ci doivent être collectés, mis dans des sacs en plastique et évacués en décharge publique.
- **Les déchets encombrants** : ce sont tous les objets encombrants réformés. Les évacuer rapidement de l'hôpital.
- **Les déchets piquants ou coupants** : ce sont les aiguilles, les bistouris ..... ; Ceux-ci doivent être collectés dans des récipients remplis partiellement de javel 12°.
- **Les déchets contaminés ou septiques** : ce sont les pièces anatomiques prélevées au bloc opératoire, les pansements souillés, les sacs à urines, les sondes, les circulaires de dialyses..... ; déchets de malades infectés, les milieux de laboratoire. Ces déchets doivent être incinérés ou au moins autoclavés.

- **Les déchets toxiques ou dangereux :**

**Les médicaments périmés** : doivent être renvoyés à la pharmacie de l'hôpital qui se chargera de leur élimination.

**Les déchets radio-actifs** : doivent être pris en charge selon le circuit réglementaire spécial.

Je ne saurais trop insister sur l'importance à accorder à l'application rigoureuse des prescriptions de la présente instruction. Je vous demande de prendre toutes les dispositions nécessaires à l'effet de les faire respecter et me tenir informé des difficultés que l'application de cette instruction pourrait soulever.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**SIGNE PR. Yahia GUIDOUM**

# Loi n° 01-19 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 relative à la gestion, au contrôle et l'élimination des déchets

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 122 et 126 ;  
Vu le décret présidentiel n° 98-158 du 19 Mouharam 1419 correspondant au 16 Mai 1998 portant adhésion, avec réserve, de la République algérienne démocratique et populaire, à la convention de bale sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur éliminations;  
Vu l'ordonnance n° 66-03 du 26 mars 1966 relative aux zones et aux sites touristiques ;  
Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure civile ;  
Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale;  
Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;  
Vu l'ordonnance n° 76-80 du 23 octobre 1976, modifiée et complétée, portant code maritime ;  
Vu la loi n° 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement ;  
Vu la loi n° 83-17 du 16 juillet 1983, modifiée et complétée, portant code des eaux ;  
Vu la loi n° 84-12 du 23 juillet 1984, modifiée et complétée, portant régime général des forêts ;  
Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 87-05 du 27 janvier 1987 relative à l'aménagement du territoire ;  
Vu la loi n° 87-17 du 1<sup>er</sup> août 1987 relative à la protection phytosanitaire ;  
Vu la loi n° 88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale ;  
Vu la loi n° 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;  
Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;  
Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;  
Vu la loi n° 90-29 du 1<sup>er</sup> décembre 1990 relative à l'aménagement et l'urbanisme ;  
Vu la loi n° 98-04 du 20 Safar 1419 correspondant au 15 juillet 1998 relative à la protection du patrimoine culturel ;  
Vu la loi n° 01-13 du 17 Joumada El Oula 1422 correspondant au 7 août 2001 portant orientation et organisation des transports ;  
Après adoption par le parlement :  
Promulgue la loi dont la teneur suit :

## TITRE I DISPOSITIONS GENERALES Chapitre I OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

**Article 1<sup>er</sup>** : La présente loi a pour objet de fixer les modalités de gestion de contrôle et de traitement des déchets ;

**Article 2** : La gestion, le contrôle et l'élimination des déchets reposent sur les principes suivants :

- la prévention et la réduction de la production et de la nocivité des déchets à la source ;
- l'organisation du tri, de la collecte, du transport et du traitement des déchets ;
- la valorisation des déchets par leur réemploi, leur recyclage ou toute autre action visant à obtenir, à partir de ces déchets, des matériaux réutilisables ou de l'énergie ;
- le traitement écologiquement rationnel des déchets ;
- l'information et la sensibilisation des citoyens sur les risques présentés par les déchets et leur impact sur la santé et l'environnement, ainsi que les mesures prises pour prévoir ou composer ces risques

**Article 3** : Au sens de la présente loi on entend par :

**Déchets** : Tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, et plus généralement toute substance, ou produit et tout bien meuble dont le propriétaire ou le détenteur se défait, projette de se défaire, ou dont l'obligation de se défaire ou de l'éliminer.

**Générateur de déchets** : toute personne physique ou morale dont l'activité génère des déchets

**Détenteur des déchets** : toute personne physique ou morale qui tient des déchets

**Gestion des déchets** : toute opération relative à la collecte au tri au transport au stockage à la valorisation et à l'élimination des déchets y compris le contrôle de ces opérations

**Collecte des déchets** : le ramassage et/ou le regroupement des déchets en vue de leur transfert vers un lieu de traitement

**Tri des déchets** : toutes les opérations de séparation des déchets selon leur nature en vue de leur traitement

**Traitement écologiquement rationnel des déchets** : Toute mesure pratique permettant d'assurer que les déchets sont valorisés stockés et éliminés d'une manière garantissant la protection de la santé publique et/ou de l'environnement contre les effets nuisibles que peuvent avoir ces déchets.

**Valorisation des déchets** : toutes les opérations de réutilisation de recyclage ou de compostage des déchets

**Elimination des déchets** : toutes les opérations de traitement thermique physico-chimique et biologique de mise en décharge d'enfouissement d'immersion et de stockage des déchets ainsi que toutes autres opérations ne débouchant pas sur une possibilité de valorisation ou autre utilisation de déchet

**Immersion des déchets** : tout rejet de déchets dans le milieu aquatique

**Enfouissement des déchets** : tout stockage des déchets en sous-sol

**Installation de traitement des déchets** : toute installation de valorisation de stockage de transport et d'élimination des déchets

**Mouvement des déchets** : toute opération de transport de transit d'importation et d'exportation des déchets

**Article 4** : les dispositions de la présente loi s'appliquent à tous les déchets au sens de l'article 3 ci-dessus à l'exception des déchets radioactifs des effluents gazeux des eaux usées des explosifs déclassés des épaves d'aéronefs et des épaves maritimes

**Article 5** : les déchets au sens de la présente loi sont classifiés comme suit /

-Les déchets spéciaux y compris les déchets spéciaux dangereux.

-les déchets ménagers et assimilés

les déchets inertes

la nomenclature des déchets y compris les déchets spéciaux dangereux est fixée par voie réglementaire

## Chapitre II OBLIGATIONS GENERALES

**Article 6** : Tout générateur et / ou détenteur de déchets doit prendre les mesures nécessaires pour éviter autant que faire se peut la production de déchets notamment par/

l'adoption et l'utilisation des techniques de production plus propres moins génératrices de déchets

l'abstention de mettre sur le marché des produits générant des déchets non biodégradables

l'abstention d'utilisation de matières susceptibles de créer des risques pour les personnes notamment pour la fabrication des emballages

**Article 7 :** Tout générateur et / ou détenteur de déchets est tenu d'assurer ou de faire assurer la valorisation des déchets engendrés par les matières qu'il importe ou écoule et les produits qu'il fabrique

**Article 8 :** Lorsque le générateur et/ou le détenteur de déchets est dans l'impossibilité d'éviter de générer et/ou de déchets est dans l'impossibilité d'éviter de générer et/ou valoriser ses déchets il est tenu d'assurer ou de faire assurer à ses frais l'élimination de ses déchets de façon écologiquement rationnelle conformément aux dispositions de la présente loi et de ses textes d'application.

**Article 9 :** La réutilisation d'emballages de produits chimiques pour contenir directement des produits alimentaires est interdite Cette interdiction doit être obligatoirement indiqué sur les emballages de produits chimiques par des signaux apparents avertissant des risques qui menacent la santé des personnes du fait de la réalisation de ces emballages pour le stockage de produits alimentaires

**Article 10 :** L'utilisation de produits recyclés susceptibles de créer des risques pour les personnes dans la fabrication d'emballages destinés à contenir directement des produits alimentaires ou des objets destinés à être manipulés par les enfants est interdite Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par voie réglementaire

**Article 11 :** La valorisation et / ou l'élimination des déchets doivent s'effectuer dans des conditions conformes aux normes de l'environnement et ce notamment sans mettre en danger la santé des personnes des animaux et sans constituer des risques pour les ressources en eau le sol ou l'air ni pour la faune et la flore/ provoquer des inconvénients par le bruit ou les odeurs / porter atteinte aux paysages et aux sites présentant un intérêt particulier

## TITRE II DECHETS SPECIAUX Chapitre 1

### Obligations des générateurs et détenteurs

**Article 12 :** Il est institué un plan national de gestion des déchets spéciaux

**Article 13 :** Le plan national de gestion des déchets spéciaux porte notamment sur:

L'inventaire des quantités de déchets spéciaux particulièrement ceux présentant un caractère dangereux produites annuellement sur le territoire national.

Le volume global des déchets en stock provisoire et en stock définitif en les classifiant par catégorie de déchets

Le choix des options concernant les modes de traitement pour les différentes catégories de déchets

L'emplacement des sites et des installations de traitement existants

Les besoins en capacité de traitement des déchets en tenant compte des capacités installées des priorités retenues pour la création de nouvelles installation ainsi que des moyens économiques et financiers nécessaires à leur mise en œuvre

**Article 14 :** Le plan national de gestion des déchets spéciaux est élaboré par le ministre chargé de l'environnement en coordination avec les ministères chargés de l'industrie de l'énergie de la santé de l'agriculture du transport du commerce des collectivités locales de l'aménagement du territoire des ressources en eau de l'urbanisme des finances et de la défense nationale et tout autre organisme ou établissement concernés

Les modalités et procédures d'élaboration de publication et de révision de ce plan sont définies par voie réglementaire

**Article 15 :** Les déchets spéciaux ne peuvent être traités que dans des installations autorisées par le ministre chargé de l'environnement conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

**Article 16 :** Les générateurs et/ou les détenteurs des déchets spéciaux sont tenus d'assurer ou de faire assurer à leur charge la gestion de leurs déchets

Ils peuvent à cet effet décider de s'associer dans des groupements agréés chargés de remplir les obligations qui leur incombent

Les modalités d'agrément de ces groupements sont fixées par voie réglementaire

**Article 17 :** Le mélange de déchets spéciaux dangereux avec d'autres déchets est interdit

**Article 18 :** Les déchets issus de soins doivent obéir à une gestion spécifique leur élimination est à la charge des établissements qui les génèrent et doit être pratiquée de manière à éviter toute atteinte à la santé publique et/ou à l'environnement Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par voie réglementaire

**Article 19 :** Il est interdit à tout générateur et/ou détenteur de déchets spéciaux dangereux de les remettre ou de les faire remettre à/

Toute autre personne que l'exploitant d'une installation autorisée pour le traitement de cette catégorie de déchets

Toute exploitation d'une installation non-autorisée pour le traitement desdits déchets

Toute personne qui remet ou fait remettre des déchets spéciaux dangereux est responsable des dégâts et dommages induits par la violation des dispositions du présent article autant que la personne ayant accepté lesdits déchets

**Article 20 :** Le dépôt l'enfouissement et l'immersion des déchets spéciaux dangereux dans des lieux autres que les sites et les installations qui leur sont réservés sont interdits

**Article 21 :** Les générateurs et/ou les détenteurs des déchets spéciaux dangereux sont tenus de déclarer au ministre chargé de l'environnement les informations relatives à la nature la quantité et aux caractéristiques des déchets

Ils sont également tenus de fournir périodiquement les informations ayant trait au traitement de ces déchets ainsi qu'aux mesures pratiques prises et à prévoir pour éviter autant que faire se peut la production de ces déchets.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire.

**Article 22 :** En cas de non admission des déchets spéciaux dans une installation autorisée par le traitement de cette catégorie de déchets l'exploitant de ladite installation est tenu de notifier par écrit au détenteur des déchets les raisons ayant motivé son refus et d'en informer le ministre chargé de l'environnement

En cas de refus non fondé le ministre chargé de l'environnement prend une décision imposant l'exploitant de ladite installation le traitement de ces déchets aux frais du détenteur

La décision précise la nature et la quantité des déchets à traiter et la durée de la prestation imposée

**Article 23 :** Au cas où les déchets sont abandonnés déposés ou traités contrairement aux prescriptions de la présente loi et de ses textes d'application la juridiction compétente peut après mise en demeure du contrevenant ordonner d'assurer d'office l'élimination desdits déchets à la charge de celui-ci

## Chapitre 2 Mouvement des déchets

**Article 24 :** Le transport des déchets spéciaux dangereux est soumis à l'autorisation du ministre chargé de l'environnement après avis du ministre chargé des transports

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire

**Article 25 :** L'importation des déchets spéciaux dangereux est strictement interdite

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire

**Article 26 :** L'exportation et le transit des déchets spéciaux dangereux sont prohibés vers les pays qui en interdisent l'importation et vers les pays qui n'ont pas interdit cette importation en l'absence de leurs accords spécifiques et écrits

Dans tous les cas les opérations mentionnées au présent article sont soumises à l'autorisation préalable du ministre chargé de l'environnement cette autorisation n'est attribuée que si les conditions suivantes sont remplies

le respect des règles et des normes de conditionnement et d'étiquetage internationalement convenus

la présentation d'un contrat d'assurances présentant toutes les garanties financières nécessaires.

La présentation d'un document de mouvement signé par la personne chargée de l'opération de transport transfrontière

La présentation d'un document de notification signé confirmant le consentement préalable de l'autorité compétente du pays d'importation

l'autorisation de transit est assortie de l'apposition de scelles sur les conteneurs à l'entrée du territoire national

les modalités d'application des dispositions du présent article sont définies par voie réglementaire

**Article 27 :** Lorsque des déchets sont introduits sur le territoire national d'une manière illicite le ministre chargé de l'environnement enjoindre à leur détenteur ou leur transporteur d'assurer retour vers le pays d'origine dans un délai fixé par le ministre

Si le contrevenant ne s'exécute pas le ministre chargé de l'environnement peut prendre toutes dispositions utiles pour assurer le retour de ces déchets à la charge du contrevenant

**Article 28 :** Lorsque des déchets sont exportés de manière contraire aux dispositions de la présente loi le ministre chargé de l'environnement doit enjoindre au producteur ou aux personnes ayant contribué à l'exportation d'assurer leur retour sur le territoire national

En cas d'inexécution il prend toutes dispositions utiles pour assurer ce retour à la charge des participants à l'opération

## **TITRE III DECHETS MENAGERS ET ASSIMILES**

### **Chapitre 1**

#### **Organe de gestion**

**Article 29 :** Il est institué un schéma communal de gestion des déchets ménagers et assimilés.

**Article 30 :** Le schéma communal de gestion des déchets ménagers et assimilés porte notamment sur/

L'inventaire des quantités des déchets ménagers et assimilés et des déchets inertes produites sur le territoire de la commune ainsi que leur composition et leurs caractéristiques.

L'inventaire et l'emplacement des sites et installations de traitement existant sur le territoire de la commune

Les besoins en capacité de traitement des déchets notamment les installations répondant aux besoins communs de deux communes ou regroupement de communes en tenant compte des capacités installées

La priorité à tenir pour la réalisation de nouvelles installations

le choix des options concernant les systèmes de collecte de transport et de tri déchets en tenant compte des moyens économiques financiers nécessaires à leur mise en œuvre

**Article 31 :** Le schéma communal de gestion des déchets ménagers et assimilés est élaboré sous l'autorité du président de l'assemblée populaire communale ce schéma qui doit couvrir l'ensemble du territoire de la commune doit être en accord avec le plan d'aménagement de wilaya (PAW) et approuvé par le wali territorialement compétent.

les modalités et procédures d'élaboration de publication et de révision de ce schéma sont définies par voie réglementaire

**Article 32 :** La gestion des déchets ménagers et assimilés relève de la responsabilité de la commune conformément à la législation régissant les collectivités locales.

La commune organise sur son territoire un service public en vue satisfaire les besoins collectifs des habitants en matière de collecte de transport et le cas échéant de traitement des déchets ménagers et assimilés

Le regroupement de deux ou plusieurs communes peut décider de s'associer pour une partie ou la totalité de la gestion des déchets ménagers et assimilés.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire

**Article 33 :** La commune peut concéder selon un cahier des charges type ou partie de la gestion des déchets ménagers et assimilés ainsi que les déchets encombrants et les déchets spéciaux générés en petite quantité par les ménagers à des personnes physiques ou morales de droit public ou de droit privé conformément à la législation en vigueur régissant les collectivités locales.

### **Chapitre 2**

#### **Dispositions générales**

**Article 34 :** Les services publics désignés à l'article 32 de la présente loi comprennent

La mise en place d'un système de tri des déchets ménagers et assimilés en vue de leur valorisation ;

l'organisation de la collecte séparée le transport et le traitement approprié des déchets spéciaux générés en petite quantité par les ménages des déchets encombrants des cadavres d'animaux et des produits du nettoyage des voies publiques des halles et marchés ;

la mise en place d'un dispositif permanent d'information et de sensibilisation des habitants sur les effets nocifs des déchets sur la santé publique et/ou l'environnement et sur les mesures destinées à prévenir lesdits effets ;

la mise en œuvre de mesures incitatives visant le développement et la promotion de système de tri des déchets ménagers et assimilés

**Article 35 :** Tout détenteur de déchets ménagers et assimilés est tenu d'utiliser le système de tri de collecte et de transport mis à sa disposition par les organes désignés à l'article 32 de la présente loi

**Article 36 :** La collecte le transport et le traitement des déchets ménagers et assimilés issus des activités industrielles commerciales artisanales de soins ou autres activités constituent des prestations du présent rémunérées

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

## **TITRE IV DECHETS INERTES**

**Article 37 :** La collecte le tri le transport et la mise en décharge des déchets inertes sont à la charge de leurs générateurs

le dépôt le rejet et l'abandon des déchets inertes sont interdits sur tous site non désignés à cet effet et notamment sur la voie publique.

**Article 38 :** Dans le cadre de son plan d'aménagement et de développement et conformément au schéma de gestion approuvé la commune initie toute action et mesure visant l'implantation l'aménagement et la gestion des sites des décharges désignés pour recevoir les déchets inertes

**Article 39 :** Les déchets inertes non valorisables ne peuvent être déposés que dans des sites aménagés à cet effet

**Article 40 :** Les modalités d'application des dispositions du présent titre fixées par voie réglementaire

## **TITRE V INSTALLATIONS DE TRAITEMENTS DES DECHETS**

### **Chapitre 1**

#### **Aménagement et exploitation**

**Article 41 :** Les conditions de choix de sites d'implantation d'aménagement de réalisation de modification de procès et d'extension des installations de traitement des déchets sont régies par la réglementation relative aux études d'impact sur l'environnement et par les dispositions de la présente loi et de ses textes d'application.

Dans le cas où l'installation de traitement est à implanter sur un terrain en location ou en jouissance la demande tendant à l'obtention de la décision de prise en considération de l'étude d'impact sur l'environnement comporte obligatoirement une pièce attestant que le propriétaire du terrain connaît la nature des activités projetées.

**Article 42 :** Toute installation de traitement des déchets est soumise préalablement à sa mise en service à :  
Une autorisation du ministre chargé de l'environnement pour les déchets spéciaux :  
Une autorisation du wali territorialement compétent pour les déchets ménagers et assimilés :  
Une autorisation du président de l'assemblée populaire communale territorialement compétent pour les déchets inertes.  
En cas de fin d'exploitation ou de fermeture définitive d'une installation de traitement des déchets l'exploitant est tenu de réhabiliter le site en vue de le remettre dans son état initial ou dans l'état fixé par l'autorité compétente.  
L'exploitant est tenu d'assurer la surveillance du site pendant une période fixée par la notification de fin d'exploitation afin d'éviter toute atteinte à la santé publique et / ou à l'environnement  
Sans préjudice des poursuites pénales qui peuvent être exercées et lorsque l'exploitant refuse de procéder à la remise en état du site l'autorité administrative compétente effectue d'office et aux frais de l'exploitant les travaux nécessaires à la réhabilitation du site.  
**Article 44 :** Les prescriptions techniques fixant les règles générales d'aménagement et exploitation des installations de traitement des déchets et les conditions d'admission des déchets au niveau de ces installations de traitement sont fixées par voie réglementaire.  
**Article 45 :** La mise en activité des installations de traitement des déchets est conditionnée par la suscription d'une assurance couvrant tous les risques y compris les risques d'accidents de pollution.

## **Chapitre 2**

### **Surveillance et contrôle**

**Article 46 :** Outre les organes habilités en la matière par les lois et règlements en vigueur la surveillance et le contrôle des installations de traitement des déchets sont exercés conformément aux dispositions de loi n 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement.  
**Article 47 :** Les exploitants des installations de traitement de déchets sont tenus de fournir toutes les informations requises aux autorités de surveillance et de contrôle.  
**Article 48 :** Lorsque l'exploitation d'une installation de traitement des déchets présente des dangers ou des inconvénients graves sur la santé publique et/ou l'environnement l'autorité administrative compétente ordonne à l'exploitant de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour remédier à de telles situations.  
Si l'intéressé n'obtempère pas ladite autorité prend d'office les mesures conservatoires nécessaires aux frais du responsable et/ou suspend tout ou partie de l'activité incriminée.  
**Article 49 :** Pour l'exercice de la surveillance sus-mentionnée l'autorité désignée à l'article 46 ci-dessus peut en cas de besoin faire appel à une expertise pour effectuer les analyses nécessaires à l'évaluation des nuisances et de leurs impacts sur la santé publique et/ou l'environnement.

## **Titre VI**

### **DISPOSITIONS FINANCIERES**

**Article 50 :** Les coûts inhérents au transport et au traitement des déchets spéciaux et inertes sont à la charge de leurs générateurs et/ou de leurs détenteurs.  
La gestion des sites des décharges de déchets inertes constitue selon les modalités de l'article 39 de la présente loi une ressource pour les communes.  
**Article 51 :** Au sens de la présente loi la collecte le transport le stockage et l'élimination des déchets ou tous autres services se rapportant à la gestion des déchets ménagers et assimilés donnent lieu à la perception d'impôts de taxes et de redevances dont la nomenclature et le montant sont fixés par la législation en vigueur.  
**Article 52 :** Outre les avantages prévus par la législation en vigueur des mesures incitatives sont octroyées par l'état pour encourager le développement des activités de collecte de tri de transport de valorisation et d'élimination des déchets selon des modalités qui sont fixées par la réglementation.

## **Titre VII**

### **Dispositions pénales**

**Article 53 :** Est chargée de la recherche et de la constatation des infractions aux dispositions de la présente loi la police chargée de la protection de l'environnement et ce conformément aux dispositions de la loi n 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement  
**Article 54 :** Les infractions aux dispositions de la présente loi sont constatées par des procès-verbaux conformément aux règles prévues par le code de procédure pénale  
**Article 55 :** Toute personne physique qui jette, abandonne des déchets ménagers et assimilés ou refuse d'utiliser le système de collecte et de tri mis à sa disposition par les organes désignés à l'article 32 de la présente loi, est punie d'une amende de cinq cents (500) à cinq mille dinars (5000) dinars.  
En cas de récidive, l'amende est portée au double.  
**Article 56 :** Toute personne physique exerçant une activité industrielle, commerciale, artisanale ou tout autre activité, qui jette, abandonne des déchets ménagers et assimilés, ou refuse d'utiliser le système de collecte et de tri mis à sa disposition par les organes désignés à l'article 32 de la présente loi, est punie d'une amende de dix mille (10.000) à cinquante mille (50.000) dinars.  
En cas de récidive, l'amende est portée au double.  
**Article 57 :** Quiconque dépose, jette ou abandonne des déchets inertes sur tout site non désigné à cet effet et notamment sur la voie publique est puni d'une amende de cinquante mille (50.000) à cent mille (100.000) dinars.  
En cas de récidive, l'amende est portée au double.  
**Article 58 :** Toute infraction aux dispositions de l'article 21 de la présente loi est punie d'une amende de cinquante mille (50.000) à cent mille (100.000) dinars.  
En cas de récidive, l'amende est portée au double.  
**Article 59 :** Toute infraction aux dispositions de l'article 10 de la présente loi est punie d'une amende de cent mille (100.000) à deux cent mille (200.000) dinars.  
En cas de récidive, l'amende est portée au double.  
**Article 60 :** Toute infraction aux dispositions de l'article 9 de la présente loi est punie d'un emprisonnement de deux (2) mois à un (1) an et d'une amende de deux cent mille (200.000) à quatre cent mille (400.000) dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.  
En cas de récidive, les peines sont portées au double.  
**Article 61 :** Toute infraction aux dispositions de l'article 17 de la présente loi est punie d'un emprisonnement de trois (3) mois à deux (2) ans et d'une amende de trois cent mille (300.000) à cinq cent mille (500.000) dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.  
En cas de récidive, les peines sont portées au double.  
**Article 62 :** Quiconque remet ou fait remettre des déchets spéciaux dangereux en vue de leur traitement, à une personne exploitant une installation non autorisée pour le traitement de cette catégorie de déchets, est punie d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans et d'une amende de quatre cent mille (400.000) à huit cent mille (800.000) dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.  
En cas de récidive, les peines sont portées au double.



**Article 63 :** Quiconque exploite une installation de traitement de déchets sans se conformer aux dispositions de la présente loi est punie d'un emprisonnement de huit (8) mois à trois (3) ans et d'une amende de cinq cent mille (500.000) à neuf cent mille (900.000) dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, les peines sont portées au double.

**Article 64 :** Quiconque dépose, jette, enfouit, abandonne ou immerge des déchets spéciaux dangereux dans des lieux non réservés à cet effet, est punie d'un emprisonnement de un (1) an à trois (3) ans et d'une amende de six cent mille (600.000) à neuf cent mille (900.000) dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, les peines sont portées au double.

**Article 65 :** Toute infraction aux dispositions de l'article 43 de la présente loi est punie d'un emprisonnement de six (6) mois à dix huit (18) mois et d'une amende de sept cent mille (700.000) à un million (1.000.000) de dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, les peines sont portées au double.

**Article 66 :** Quiconque importe, exporte ou fait transiter des déchets spéciaux dangereux en infraction aux dispositions de la présente loi est punie d'un emprisonnement de cinq (5) ans à huit (8) ans et d'une amende d'un million (1.000.000) à cinq millions (5.000.000) de dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, les peines sont portées au double.

#### **TITRE VIII DISPOSITION PARTICULIERE**

**Article 67 :** Il est créé un organisme public chargé de promouvoir les activités de collecte, de tri, de transport, de traitement, de valorisation et d'élimination des déchets.

Ses missions ainsi que les modalités de son organisation et de son fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.

#### **TITRE IX DISPOSITIONS TRANSITOIRES**

**Article 68 :** les communes de plus de 100.000 habitants disposent d'un délai de deux (2) ans, à compter de la date de la publication de la présente loi au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, pour se conformer aux dispositions de l'article 29 de la présente loi.

**Article 69 :** Les exploitants des installations existantes de traitement des déchets spéciaux et des déchets ménagers et assimilés disposent d'un délai de cinq (5) ans, à compter de la date de la publication de la présente loi, pour se conformer aux dispositions de la présente loi.

**Article 70 :** Les exploitants des sites des déchets inertes, disposent d'un délai de trois (3) ans, à compter de la date de la publication de la présente loi, pour se conformer aux dispositions de la présente loi.

**Article 71 :** les détenteurs de stocks existants de déchets spéciaux et de déchets spéciaux dangereux disposent d'un délai de deux (2) ans, à compter de la date de la publication de la présente loi, pour se conformer aux dispositions de la présente loi.

**Article 72 :** La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

# Décret exécutif N° 03-478 du 15 Chaoual 1424 correspondant au 9 décembre 2003

## définissant les modalités de gestion des déchets d'activités de soins

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa);  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;  
Vu la loi n° 88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale;  
Vu la loi n° 01-19 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 relative à la gestion, au contrôle et à l'élimination des déchets, notamment son article 8;  
Vu la loi n° 03-10 du 13 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable;  
Vu le décret n° 86-132 du 27 mai 1986 fixant les règles de protection des travailleurs contre les risques de rayonnements ionisants ainsi que celles relatives au contrôle de la détention et de l'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants;  
Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003, modifié, portant nomination du Chef du Gouvernement;  
Vu le décret présidentiel n° 03-215 du Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement;  
Vu le décret exécutif n°90-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail;  
Vu le décret exécutif n°98-339 du 13 Rajab 1419 correspondant au 3 novembre 1998 définissant la réglementation applicable aux installations classées et fixant leur nomenclature.

### Décrète :

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 18 de la loi n° 01-19 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 susvisée, le présent décret a pour objet de définir les modalités de gestion des déchets d'activités de soins;

**Article 2** : Pour la mise en œuvre du présent décret, sont qualifiés d'établissements de santé, l'ensemble des structures de soins quels que soient les régimes de droit qui leur sont applicables et comprenant les établissements hospitaliers spécialisés, les centres hospitalo-universitaires, les polycliniques, les cabinets médicaux, les cabinets de chirurgie dentaire ainsi que les laboratoires d'analyses.

## CHAPITRE 1

### DES CATEGORIES DE DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS ET DES MODALITES DE LEUR PRE-COLLECTE

**Article 3** : Les déchets d'activités de soins sont classés en trois catégories :  
les déchets anatomiques;  
les déchets infectieux;  
les déchets toxiques;

**Article 4** : Dès leur génération, les déchets d'activités de soins sont pré-collectés dans les sachets prévus à cet effet, selon les modalités fixées par les articles 6, 9 et 11 du présent décret;

**Article 5** : Sont qualifiés de déchets anatomiques, tous les déchets anatomiques et biopsiques humains issus des blocs opératoires et des salles d'accouchements;

**Article 6** : Les déchets anatomiques doivent être pré-collectés dans des sachets plastiques de couleur verte et à usage unique;

#### Section 2 Des déchets infectieux

**Article 7** : Sont qualifiés de déchets infectieux, les déchets contenant de micro-organismes ou leurs toxines, susceptibles d'affecter la santé humaine.

**Article 8** : Les déchets infectieux coupants, piquants ou tranchants doivent, avant leur pré-collecte dans les sachets prévus à cet effet, être mis dans des récipients rigides et résistants à la perforation, munis d'un système de fermeture, ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération, et contenant un produit désinfectant adéquat;

**Article 9** : Les déchets infectieux doivent être pré-collectés dans des sachets plastiques d'une épaisseur minimale de 0,1 mm à usage, de couleur jaune, résistants et solides et ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération.

#### Section 3 Des déchets toxiques

**Article 10** : Sont qualifiés de déchets toxiques, les déchets constitués par :  
- les déchets résidus et produits périmés des produits pharmaceutiques, chimiques et de laboratoire;  
- les déchets contenant de fortes concentrations en métaux lourds;  
- les acides, les huiles usagées et les solvants.

**Article 11** : Les déchets toxiques doivent être pré-collectés dans des sachets plastiques de couleur rouge à usage unique, résistants et solides, et ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération.

**Article 12** : Les déchets toxiques doivent être triés, emballés, et étiquetés dans les mêmes conditions que les déchets spéciaux de même nature, et ce, conformément à la réglementation en vigueur.

## CHAPITRE 2 DES PRESCRIPTIONS RELATIVES AU TRAITEMENT ET A L'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS

### Section 1 Des prescriptions générales

**Article 13** : Les déchets d'activités de soins doivent être triés à la source, de façon à ce qu'ils ne soient ni mélangés aux déchets ménagers et assimilés, ni mélangés entre eux.



**Article 14 :** Le compactage des déchets d'activités de soins est interdit.

**Article 15 :** Une fois pleins au deux tiers, les sachets de pré-collecte des déchets d'activités de soins, prévus les articles 6, 9 et 11 ci-dessus, doivent être aisément lisible. Une fois pleins, ils doivent être transférés dans le local de regroupement, en vue de leur enlèvement pour traitement.

**Article 16 :** Les conteneurs ayant servi à la collecte et au transport des déchets d'activités de soins sont obligatoirement soumis au nettoyage et à la décontamination après chaque utilisation.

## Section 22

### Des prescriptions relatives aux locaux de regroupement

**Article 18 :** Les déchets d'activités de soins ne doivent en aucun cas être déposés en dehors des locaux de regroupement.

**Article 19 :** Les locaux de regroupement doivent être réservés uniquement à l'entreposage des déchets d'activités de soins. Ils doivent être ventilés, éclairés, à l'abri des intempéries et de la chaleur, dotés d'arrivée d'eau et d'évacuation des eaux usées, être nettoyés après chaque enlèvement et être désinfectés périodiquement.

**Article 20 :** Les locaux de regroupement doivent être fermés et gardés afin d'éviter l'accès de toute personne non autorisée. Une inscription mentionnant l'usage du local est apposée, de manière apparente, sur la porte.

**Article 21 :** La durée de stockage des déchets d'activités de soins dans les locaux de regroupement, avant leur enlèvement pour traitement, ne doit pas dépasser vingt quatre heures (24h) pour les établissements de santé possédant un incinérateur, et quarante huit heures (48h) pour les établissements de santé ne possédant pas d'incinérateur.

## Section 3

### Des prescriptions relatives au traitement des déchets d'activités de soins

**Article 22 :** Les modalités de traitement des déchets anatomiques sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'environnement, de la santé, et des affaires religieuses.

**Article 23 :** Les déchets toxiques sont traités dans les mêmes conditions que les déchets spéciaux de même nature, et ce, conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 24 :** Les déchets d'activités de soins infectieux doivent être incinérés.

**Article 25 :** L'incinération des déchets d'activités de soins infectieux et effectuée à l'intérieur de l'établissement de santé si celui-ci possède un incinérateur, ou à l'extérieur de l'établissement de santé;

- dans une installation d'incinération relevant d'une entreprise spécialisée dans le traitement des déchets et dûment habilitée pour le traitement des déchets d'activités de soins.

**Article 26 :** L'installation de traitement des déchets infectieux est soumise à une autorisation conformément aux dispositions de l'article 42 de la loi n° 01-19 du 12 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 susvisée.

**Article 27 :** Tout gestionnaire d'un établissement de santé qui confie les déchets d'activités de soins qu'il génère, en vue de leur traitement, doit le faire conformément aux dispositions de l'article 19 de la loi n° 01-19 du 12 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001, susvisée.

Les frais de traitement des déchets d'activités de soins sont à la charge de l'établissement de santé qui les génère.

**Article 28 :** Les déchets et résidus produits par les installations d'incinération doivent être éliminés conformément aux dispositions de la loi n° 01-19 du 12 décembre Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001, susvisée.

**Article 29 :** Lors de la manipulation des déchets d'activités de soins, le personnel chargé de la pré-collecte, de la collecte, du transport et du traitement, doit être muni de moyens de protection individuelle, résistants aux piqûres et coupures. Il doit être informé des risques encourus lors de la manipulation des déchets, et formé aux bonnes pratiques de manipulation de ceux-ci.

## CHAPITRE 3 DISPOSITIONS DIVERSES

**Article 30 :** La gestion des déchets radioactif résultant de l'utilisation des radionucléides pour le diagnostic et la radiothérapie est exclue du champ d'application du présent décret.

**Article 31 :** Les déchets anatomiques d'animaux issus des activités vétérinaires sont traités au même titre que les déchets infectieux.

**Article 32 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Choual 1424 correspondant au 9 décembre 2003

Ahmed OUYAHIA

**INSTRUCTION N° 11/MSP/MIN DU 10 SEPTEMBRE 2001**

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population  
Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires

**Objet : Amélioration de l'hygiène au niveau des Etablissements de Santé.**

Enjeu économique et social, l'état de l'hygiène, dans les structures et les services de soins, est un indicateur du niveau de qualité et de sécurité atteint, et révèle le degré de mobilisation des moyens humains et matériels engagés en vue de son amélioration et de la protection, rigoureuse et permanente, des usagers (malades, visiteurs...) et des personnels de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle, visant à l'amélioration de l'hygiène en général, et à la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales en particulier, la formation constitue un des éléments concourant à la promotion de la qualité de l'environnement hospitalier, à travers la réalisation d'opérations de sensibilisation, d'éducation et de perfectionnement entreprises et/ou à entreprendre en direction des personnels de santé concernés, à des degrés divers, dans ce domaine. Une des catégories de personnels, qui doivent être ciblées en priorité par des actions de formation en hygiène hospitalière, est celle des agents de service chargés du nettoyage et de la désinfection des locaux et des espaces sanitaires et hospitaliers qui accueillent, en permanence, les professionnels de la santé, les malades et les visiteurs.

Les activités exercées par la femme de ménage, occupent une place de choix dans la chaîne des actions qui sont engagés, à la base, pour sauvegarder et assurer les conditions élémentaires d'hygiène au niveau de l'hôpital.

Son rôle, du point de vue du rapport-coût, est à la fois important et économique.

Les actes professionnels accomplis convenablement par la femme de ménage pour garantir un bon état d'hygiène des locaux, revêtent un caractère important, dans la mesure où ils exercent un impact positif, en matière de protection de la santé des individus, sur l'environnement dans lequel évoluent les malades, les usagers et les personnels de santé.

Par ailleurs, le coût économique des activités, effectuées par cet agent, est faible, parce qu'il ne requiert pas l'utilisation de matériels et de produits onéreux.

Les techniques de nettoyage et de désinfections, au niveau de l'hôpital obéissant à des normes, universellement appliquée, qui sont différentes de celles pratiquées communément au niveau des espaces domestiques et extra-hospitaliers.

Le souci de normaliser les techniques de nettoyage et de désinfection, à accomplir par les agents d'entretien ou femmes de ménages, nous commande de mettre en place un programme national de formation, au profit de cette catégorie de personnel, qui tient compte:

De la spécificité de ce poste de travail et du niveau des agents, pour dispenser un contenu de formation simple, homogène et standardisé, en vue d'atteindre les objectifs d'efficacité attendue.

Des pratiques et gestes techniques à inculper et vulgariser, conformément aux procédés appliqués dans le monde.

Des types d'équipements et de produits de nettoyage et de désinfection spécifiques à utiliser.

Ce programme de formation, qui doit être lancé dès le mois d'octobre 2001, doit être accompagné et appuyé par une campagne de sensibilisation à entreprendre par les responsables, à tous les niveaux, en vue de susciter l'intérêt et l'adhésion, des personnels concernés à cette importante opération.

Cette action, initiée au niveau central, est destinée à être reproduite, fidèlement, au niveau local.

La formation peut faire l'objet de modifications éventuelles pour tenir compte de spécificités attachées à la vocation et/ou la spécialisation de certains services et/ou structures, sous-réserve de recueillir la validation du comité d'hygiène de l'établissement.

Il reste entendu que la réussite de ce programme de formation ne pourrait être garantie, sans l'implication directe des gestionnaires et des chefs de service, qui doivent veiller, scrupuleusement, à la mise en application des connaissances acquises sur le terrain, et mobiliser tous les moyens nécessaires et utiles, en vue d'améliorer sensiblement les conditions générales d'hygiène au niveau de leurs structures de santé.

Attachant un grand prix au succès de cette opération, j'invite les responsables concernés à émettre tous avis et suggestions, à adresser aux Directeurs de la Formation et de la Prévention, de nature à enrichir et compléter les mesures devant faciliter la mise en œuvre de la présente instruction.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**EXPEDITEUR:**

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE  
DIRECTION DES SERVICES DE SANTE

**DESTINATAIRES:**

Mesdames, Messieurs, LES D.S.P <<TOUS >>  
Messieurs LES D.G DES C.H.U <<TOUS >>

**Objet : Hygiène et lutte contre les infections nosocomiales.**

**R.E.F :** Instruction N° 11/ MSP/ MIN DU 10 septembre 2001.

*En application à l'instruction sus référenciée, relative à l'amélioration de l'hygiène au niveau des établissements de santé et de lutte contre les infections nosocomiales, je vous demande une mobilisation continue des moyens humains et matériels en vue d'une amélioration permanente du niveau de qualité et de la sécurité.*

*Aussi, la formation constitue un élément essentiel dans la promotion de la qualité de l'hygiène hospitalière par la normalisation des techniques de nettoyage et de désinfection. LES "S.E.M.E.P" ET "C.L.I.N" sont interpellés pour une étroite collaboration par la mise en place de programme locaux de formation en la matière.*

*En outre, il m'a été donné de constater, lors des différentes visites d'inspection que le personnel du bloc opératoire utilise le savon de Marseille découpé en morceaux. Je vous rappelle que cette manière de faire n'obéît à aucune règle d'hygiène et vous informe que seul, le savon liquide antiseptique avec distributeur automatique, est autorisé au niveau du bloc opératoire.*

*J'attache une importance particulière à la mise en œuvre de ces actions.  
Je vous informe de la nécessité du contrôle et de l'évaluation permanente.*

**SIGNE : PROFESSEUR BEN ENADRI**

Le ministre

**Instruction ministérielle N° 19 du /11/2002 relative à la prévention des hépatites virales, du VIH et des accidents d'exposition au sang en pratique dentaire**

**Destinataires :**

Mesdames et messieurs les directeurs de la santé et de la population

Messieurs les directeurs généraux des C.H.U

Messieurs les directeurs des E.H.S

Mesdames et messieurs les directeurs des secteurs sanitaires.

A l'instar de toutes les spécialités chirurgicales, la chirurgie-dentaire présente un risque élevé face aux infections professionnelles transmises par le sang.

Or, il est notoire que dans l'exercice quotidien dans un cabinet dentaire les mesures d'hygiène et d'asepsie ne sont pas rigoureuses que dans un bloc opératoire.

Aussi, il convient de souligner que la protection contre les infections au cabinet dentaire, dont les hépatites et l'infection à VIH, passe par le respect des précautions universelles tout en rappelant que ces précautions s'imposent au chirurgien-dentiste et à son assistant.

Elle vise à actualiser les connaissances et les recommandations de prévention de la transmission des agents infectieux véhiculés par le sang et rappelé aux établissements de santé l'importance de la mise en œuvre d'une stratégie de prévention efficace pour maîtriser les risques de transmission virale dans les unités de soins dentaires.

Cette stratégie qui doit s'intégrer dans une démarche d'amélioration des conditions de travail, doit tenir compte de l'impact des mesures préconisées sur la sécurité des praticiens, et repose sur :

la vaccination des chirurgiens-dentistes et auxiliaires dentaires contre l'hépatite B.

la nécessité de maîtriser le risque de transmission de l'ensemble des agents infectieux par des précautions générales d'hygiène.

L'utilisation rationnelle d'un matériel adapté.

La mise en place d'un dispositif de prise en charge des accidents d'exposition au sang (A.E.S)

L'interprétation des données de la surveillance des A.E.S

L'information et la formation du personnel

L'évaluation des actions entreprises.

Les mesures jointes en annexe doivent être mises en place par les gestionnaires des établissements, les chefs de service et les chirurgiens-dentistes du secteur public et privé

**LE MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

## A N N E X E

Les règles d'hygiène destinées à protéger le personnel contre le risque également infectieux véhiculés par le sang et la salive A cet effet, des actions concrètes doivent être mises en œuvre sous la responsabilité du chef d'établissement, en concertation avec les comités de lutte contre les infections nosocomiales et les médecins du travail.

I – Maladies infectieuses les plus redoutables

-les hépatites B et C

Le risque de contamination connu pour le virus des hépatites B et C (VHB et VHC), qui peuvent évoluer vers une hépatite aiguë fulminante, une cirrhose ou un carcinome hépato-cellulaire, a été rappelé dans les années 80 avec l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

-l'infection à VIH.

Bien que le risque de séroconversion après contamination accidentelle est évalué entre 0,2 et 0,3% contre 3 à 5% pour le VHC et 30% pour le VHB, la gravité de cette pathologie nous impose de la classer parmi les maladies infectieuses les plus redoutables.

II – Contamination, sources et voies de transmission

1- l'accident d'exposition au sang ou à la salive contaminée à l'occasion :

d'une effraction percutanée par du matériel souillé (aiguilles, instruments à main, instrument rotatifs...)

d'une blessure liée à la participation d'autrui, notamment lors du passage du matériel à l'assistant dentaire.

D'un contact cutané-muqueux avec du sang ou de la salive contaminés en introduisant la main dans la bouche du patient alors

que la peau du chirurgien-dentiste présente une lésion, même minime (gerçures, eczéma, coupure du bord de l'ongle...)

D'un contact avec une surface souillée (unit, scialytique, crachoir, fauteuil ...) alors que la peau du chirurgien-dentiste présente une lésion, même minime.

D'une inoculation transcutanée avec du sang infecté par piqûre d'aiguille.

2- la transmission aéroportée

la salive comporte un risque majeur pour cette spécialité à l'occasion de projections sur la face, notamment la bouche, les conjonctives oculaires ou autre porte d'entrée car l'hépatite B se transmet par la salive, et de faibles quantités de particules virales VIH peuvent être trouvés dans la salive de patients atteints de SIDA

3-Voies de transmission

-du patient au soignant

par contact direct de la main dans la bouche du patient sur peau blessée ou lésée ou par accident d'exposition au sang ou à la salive contaminés.

-de patient à patient

par l'intermédiaire des mains du soignant non ou mal lavés ou par des instruments contaminés.

-du soignant au malade

si le chirurgien-dentiste est contaminé (que son statut sérologique soit connu ou non)

### III- Prévention, et gestion du risque

Outre les patients qui déclarent leur séropositivité, il faut considérer que tout malade est potentiellement contaminant et prendre systématiquement des précautions pour lutter contre ces maladies.

Cela comprend la vaccination contre l'hépatite B et toutes les mesures universelles d'hygiène et d'asepsie.

Nous rappelons aux gestionnaires des établissements l'importance de la mise en œuvre d'un programme cohérent de prévention efficace de lutte contre les risques de transmission d'agents infectieux dans les unités de soins et l'application des directives concernant les mesures qui doivent être appliquées dans les cabinets dentaires.

Le protocole de prévention des infections doit être adapté au contexte dans lequel on travaille tout en répondant aux exigences les plus strictes en matière d'hygiène, de désinfection et de stérilisation en pratique dentaire.

En la matière, chaque responsable de structure sanitaire, chaque chirurgien-dentiste du secteur public ou libéral, a l'obligation de prendre ses responsabilités à cet égard.

### III Mesures principales de protection contre les agents infectieux :

#### 1- Prévention médicale

le vaccin anti VHB étant efficace et inoffensif, la vaccination contre l'hépatite B est rendue obligatoire par l'arrêté du 25 Avril 2000 relatif à la vaccination contre l'hépatite B, suivi de l'instruction ministérielle n°14 du 10 septembre 2002 relative à l'obligation de la vaccination contre l'hépatite virale B.

a charge pour les directeurs des établissements de soins publics ou privés de prendre leur dispositions et veiller à son application.

#### 2-Prévention technique

Elle est basée sur le respect des mesures universelles en matière d'hygiène de désinfection et d'asepsie afin d'interrompre les voies de transmission de l'agent infectieux.

Ces mesures sont à mettre en œuvre pour tout patient et pour tout soin bucco-dentaire car chaque acte bucco-dentaire doit être considéré comme intervention à risque potentiel de transmission d'agents infectieux par le sang ou la salive.

Pour cela, il faut veiller aux points suivants :

\* les instruments et matériels à utiliser qui entreront en contact avec les muqueuses du patient doivent subir une désinfection de haut niveau ou une stérilisation, toujours précédée d'un nettoyage approfondi.

\* le soignant doit se protéger la face par le rapport d'un masque et des lunettes ou écran de protection (selon certaines études, les projections dans les yeux et le visage constituent 19 à 36% du total des contacts cutané-muqueux).

Le port du masque est indiqué pour protéger aussi le patient si le praticien est atteint d'une infection transmissible par les voies respiratoires (rhinite, grippe).

-le praticien porte un masque contre les éclaboussures dues à certains actes, ainsi que des contaminations bactériennes ou virales lors de soins à des patients présentant des infections buccales ou des voies respiratoires ou porteurs de maladies virales transmissibles par le sang.

Le masque doit bien recouvrir le nez et la bouche, être constitué en fibres synthétiques à haut pouvoir de filtration ( $\geq 95\%$ ) et de préférence être hydrofuge.

Il sera chargé dès qu'il est souillé ou humide et enlevé et jeté immédiatement après usage. Un lavage des mains s'impose dès que le masque a été touché.

-le praticien porte des lunettes ou des visières suffisamment larges de manière à ce que les projections ne puissent atteindre l'œil dans les situations à risque (projection de particules avec risque de blessure ou de contamination, en particulier des conjonctives).

\* le soignant doit porter des gants en latex ou en P.V.C pour toute manipulation dans la cavité buccale.

On utilisera une nouvelle paire de gants pour chaque patient. Les gants ne doivent pas être nécessairement stériles mais doivent répondre aux exigences suivantes :

parfaite adaptation à la main  
maintien de la sensibilité tactile  
impermeabilité

résistance aux produits chimiques et comptabilité avec certains produits

Si la qualité des gants n'est pas certifiée il est recommandé d'utiliser deux paires de gants pour tous les actes chirurgicaux ou sur un patient à sérologie positive (une étude a montré que le port de double paire de gants réduit le contact sanguin de 17% pour le premier gant 5% pour le second).

Après avoir enlevé les gants, le soignant doit se laver les mains.

\* le personnel du cabinet dentaire doit porter une blouse ou un tablier.

Ceux ci doivent être changés régulièrement et chaque fois qu'ils sont visiblement souillés .Ils doivent remplacer ou recouvrir largement les vêtements civils et avoir des manches courtes ou semi-longues qui facilitent le lavage des mains .Ils seront confectionnés dans des matériaux supportant facilement les lessives à des températures et temps qui garantissent la désinfection.

En pratique on choisit souvent une blouse ou veste en coton ou en mélange polyester-coton.

\* Proscrire le recapuchonage des aiguilles et les jeter rapidement ainsi que tout autre objet coupant ou tranchant ne devant plus servir, dans un conteneur imperméable spécialement prévu à cet effet.

Ce conteneur peut être un récipient contenant de l'eau de javel à 12°

\* proscrire le passage des instruments de la main à la main entre chirurgien-dentiste et assistant mais utiliser un champ ou un plateau sur lequel les objets sont déposés.

\* les empreintes buccales, les prothèses et autres sont nettoyées et traitées au moyen d'un désinfectant avant d'être envoyées aux laboratoires de prothèse dentaire par exemple.

3 – Importance de l'anamnèse

le fait de bien établir une anamnèse constitue un élément important dans la protection des patients et des personnes qui dispensent les soins car certains éléments mis en lumière par l'anamnèse peuvent justifier d'autres méthodes de travail :

- un patient fortement immunodéprimé peut justifier l'emploi d'eau stérile .Il peut également être de recevoir ce patient en premier lieu dans la journée afin de diminuer le risque d'infection croisée.

- Un patient porteur d'un virus (VHB, VHC ou VIH) doit être reçu en fin de consultation afin de pouvoir ensuite accorder plus de soin au nettoyage et à la stérilisation.

#### 4 – Hygiène des mains

en médecine dentaire, l'hygiène des mains est capitale, tant pour le confort et la sécurité du patient que pour la sécurité du praticien.

Les ongles des mains doivent être coupés courts.

Le port de bijoux aux mains et aux poignets peut être cause de blessures, offrir des niches aux microorganismes et présenter un obstacle au lavage des mains.

##### - lavage des mains

il est effectué avant et après chaque soin et chaque fois que les mains sont souillées .Le lavage et la désinfection des mains ne remplacent pas le port des gants et inversement.

\* Produits de lavage et de désinfection

les distributeurs de solutions pour le traitement des mains sont indispensables :

il faut proscrire totalement les pains de savon.

- Désinfection des mains

la désinfection des mains a pour but une action bactéricide par effet chimique .On distingue différents types de désinfection des mains.

\* la désinfection hygiénique des mains

Elle doit être effectuée dès qu'une contamination a eu lieu et peut être effectuée avant chaque soins .Elle doit détruire la flore transitoire.

L'alcool à 70° ou une solution antiseptique à base d'alcool à 70° est utilisé pour la désinfection hygiénique des mains.

Pour éviter un dessèchement de la peau des mains, on peut ajouter un lubrifiant dans l'alcool, par exemple du glycérol à 1% ou de l'huile de silicone (2 gouttes par litre).

\* La désinfection chirurgicale des mains

la désinfection chirurgicale des mains est pratiquée avant tout acte chirurgical.

Elle doit permettre l'élimination de la flore transitoire, cette désinfection des mains freine simultanément le développement de la flore résidante .Outre l'effet bactéricide immédiat de cette désinfection, un effet prolongé de deux à six heures peut être obtenu.

- Séchage

Après le lavage des mains, le moyen de séchage doit être propre, individuel doux et présenté en distributeur.

Les essuie-mains doivent être à usage unique : il faut proscrire les serviettes, à usage multiple, généralement en tissu, véritables milieux de culture.

Après désinfection chirurgicale, le séchage se fait soit au moyen de linges stériles, soit par friction à l'alcool.

#### IV – EQUIPEMENTS, LOCAUX ET ORGANISATION DU TRAVAIL

##### 1 – nettoyage de la zone médicale

Après chaque patient le poste de travail doit être nettoyé et désinfecté : toutes les surfaces qui ont été touchées par les mains souillées du praticien ou de l'assistante ou sur lesquelles des instruments contaminés ont été déposés doivent être lavées et désinfectées.

- L'unit

Les instruments rattachés à l'unit, comme les seringues multifonctions, les moteurs, turbine, détartreur, bistouri électrique, etc. doivent être déconnectés, leurs caches et les embouts désinfectés (voire stérilisés)

On nettoiera également la surface de l'unit dont le revêtement doit être aussi lisse que possible et résistant aux produits utilisés au nettoyage et la désinfection.

- le crachoir

Cette partie de l'équipement est particulièrement contaminée, elle ne doit pas être touchée sans protection et doit être nettoyée et désinfectée après chaque patient.

- les embouts

Les embouts de la seringue à eau, à air ou multifonction et d'autres appareils qui entrent dans la bouche sont contaminés à chaque usage .Il faut donc veiller à les stériliser s'ils ne sont pas à usage unique.

Il faut également nettoyer et désinfecter les poignées des tablettes, des tiroirs, du siège, du scialytique, de l'appareil RX ainsi que tous les interrupteurs et boutons de commandes que l'on a touchés durant le traitement.

On nettoiera également la tête à moins d'utiliser des housses prévues à cet effet.

Pour nettoyer tous ces éléments et les désinfecter, on utilise de préférence des linges à usage unique ou des serviettes en papier imprégnées d'une solution détergente (et de préférence désinfectante); toutes les surfaces sont essuyées minutieusement pour assurer l'enlèvement mécanique de toutes les souillures; ensuite on applique un désinfectant actif.

Signalons en outre que pour le téléphone, l'ordinateur et d'autres équipements non médicaux, en particulier lorsqu'ils se trouvent dans la zone médicale, en plus des détergents de ménage habituels, il faudra prescrire l'utilisation de désinfectants compatibles

Pour tous les produits et particulièrement pour les désinfectants, il faut éviter les mélanges improvisés, respecter les dilutions et les temps d'application conseillés.

2 – local de soin, organisation du travail.

Le local de soin doit être réservé exclusivement au travail au fauteuil. Il est donc déconseillé d'y installer d'autres postes de travail tel que le bureau du praticien. Il faut qu'il puisse être entretenu et désinfecté de manière optimale.

- Commandes et poignées

Les boutons de commandes et poignées sont manipulés avec des mains souillées sans qu'on en soit bien conscient et peuvent donc intervenir sournoisement dans la contamination croisée. On limitera au strict nécessaire les contacts avec des poignées (scialytique, tablettes).

- Alimentation en air et en eau

Lorsque l'on arrête le moteur et le spray de refroidissement ; un phénomène de aspiration peut entraîner des germes présents dans la bouche du patient et contaminer non seulement la conduite dans l'instrument, mais également au-delà ; il faut penser, en début de journée et après chaque patient, à faire fonctionner à vide (hors de la bouche) pendant quelques secondes les moteurs (s) turbine (s) avec le spray et la seringue multifonctions.

#### - Mobilier

La disposition d'instruments dans les tiroirs près du postes de travail présente deux inconvénients importants : d'une part ces instruments seront rapidement contaminés par l'air ambiant, particulièrement contaminé dans cette zone, d'autre part, leur préhension sera fréquemment source de contamination. Mieux vaut utiliser au maximum des systèmes de plateaux préparés.

### 3 – Nettoyage et désinfection des instruments

Les résidus de sang ou les débris diminuent l'efficacité de la désinfection et de la stérilisation. C'est la raison pour laquelle un bon nettoyage est important. Pour le nettoyage manuel, on utilise une brosse à récureur.

Pour la désinfection il existe différentes techniques : la désinfection thermique (autoclaveur) et la désinfection au moyen de produits chimiques.

Le désinfectant idéal doit offrir un large spectre (être également, virucide et fongicide). Il doit en outre être facile d'emploi, inodore, non toxique, biodégradable et ne doit pas endommager le matériel.

4 – Stérilisation des instruments

- Le stérilisateur à air chaud utilise la chaleur sèche pour détruire les micro-organismes. A une température de 160° C le temps de contact nécessaire est 120 minutes. A 170° C, celui-ci est de 60 minutes et à 180° C de 30 minutes. Il faut ajouter à ces temps de temps préchauffage et de refroidissement.

- l'autoclave, stérilise au moyen de vapeur d'eau saturée. A une température de 134° C et une suppression de 2 atmosphères (200 kPa), un temps de contact de 3 minutes suffit. A 121° C (100 kPa) 15 minutes sont nécessaires. Dans ce cas également, il y a lieu d'ajouter le temps de préchauffage, de refroidissement et de séchage.

les avantages de l'autoclave sont la rapidité et la sécurité du cycle de stérilisation.

- Dans le chemiclave la stérilisation est assurée par des vapeurs chimiques insaturées.

La vapeur est un mélange de formaldéhyde, d'acétone et d'alcool.

A une température de 132° C, le temps de contact nécessaire est de 20 minutes.

- le stérilisateur à billes est un récipient bien isolé, rempli de billes de verre et comprenant un élément chauffant incorporé. Il est notamment utilisé pour la stérilisation d'instruments endodontiques au fauteuil.

- le trempage dans des produits chimiques permet également de stériliser.

Cette technique est aussi appelée stérilisation chimique.

Le glutaraldéhyde à 2% peut être envisagé. Son utilisation est compliquée et prend beaucoup de temps.

Il faut compter un temps de contact de 3 heures au minimum pour atteindre la stérilité.

La technique est très sensible au nettoyage préalable. Le produit est irritant et toxique et le rinçage est obligatoire au moyen d'eau distillée stérile.

Son utilisation doit être limitée.

5 – Traitement hygiénique des contre-angles, pièces à main et turbines.

Ces instruments sont souillés par de la salive, éventuellement du sang, voir même du pus, certainement sur la face extérieure, souvent aussi à l'intérieur de l'instrument.

Comme pour tout instrument, il est recommandé de nettoyer et stériliser les instruments rotatifs après chaque utilisation, suivant une procédure précise :

Faire fonctionner à vide l'instrument avec son spray durant une dizaine de secondes, pour rincer les tuyaux de fluides.

Laver la face externe, soit avec une brosse et un détergent, soit en autoclaveur.

Injecter le lubrifiant recommandé par le fabricant, suivant ses instructions.

Oter les traces d'huile et nettoyer les fibres optiques à l'alcool.

Emballer.

Stériliser, tant l'autoclave classique que le chemiclave peuvent être utilisés.

Avant de réutiliser l'instrument, le faire fonctionner durant quelques secondes à vide, avec son spray.

Il existe des autoclaves destinés spécialement aux instruments rotatifs. Leur cycle de stérilisation est raccourci autant que faire se peut, ce qui permet de gagner du temps.

### V – CONCLUSION

L'extrême vigilance qui doit s'exercer à l'égard de tout acte impliquant un risque de contamination par le sang ou la salive permettra au chirurgien-dentiste de se concentrer entièrement sur le traitement intrabuccal garantissant outre la protection du patient, un travail minutieux et soigné.



**PROCEDURES D'HYGIENE ET D'ASEPSIE  
DANS UN CABINET DENTAIRE**

Quoi	Quand	Comment
Lavage et désinfection des mains	Avant chaque soin. Avant la mise en place et après le retrait des gants	-Mouiller et savonner les mains -Frotter soigneusement en insistant sur les ongles -Rincer et bien sécher
Lavage et désinfection avec des gants en caoutchouc	Après chaque utilisation	-brosser avec une solution savonneuse -Rincer et mettre à sécher -Talquer l'intérieur avec du talc stérilisé à la chaleur sèche à 160° - 180°
Nettoyage et désinfection des plateaux et instruments manuels	Immédiatement après leur utilisation, avant la stérilisation	-Immerger dans une solution désinfectante et nettoyer manuellement à l'aide d'une brosse à récurer pour bien éliminer les résidus de sang ou autres débris, sécher. -Stériliser 160°-120 MINUTES 170°-60 MINUTES 180°-30 MINUTES -Autoclave : 121°-15 MINUTES 134°-03 MINUTES
Nettoyage et désinfection des instruments rotatifs	Après chaque patient ou au moins après une intervention à risque	-Faire fonctionner à vide l'instrument avec son spray durant une dizaine de sec. -Laver la face externe avec une brosse et un détergent sécher. -Avant de réutiliser l'instrument, le faire fonctionner durant quelques secondes à vide avec son spray.
Nettoyage et désinfection des systèmes d'aspiration	A la mi-journée, le soir et après toute intervention à risque	-Préparer 1/3 de litre de solution désinfectante et le faire aspirer par la pompe à salive
Nettoyage et désinfection du système d'alimentation en air et en eau	En début de journée et après chaque patient	-Faire fonctionner à vide pendant quelques secondes (hors de la bouche) le moteur turbine et la seringue multifonction. -Nettoyer la face externe avec une solution désinfectante
Nettoyage et désinfection du crachoir, unit et autres surfaces	Après chaque patient	-Nettoyer puis désinfecter à l'aide d'une solution aqueuse d'hypochlorite : eau de javel à 12° chlorométrique diluée à une concentration de 2 à 10%

**Remarque:** il existe différent désinfectants selon la propriété souhaitée : les alcools isopropyliques et éthylique, les aldéhydes, les biguanides, l'ammonium quaternaire, les préparations à base de chlore, les phénols, les iodophores et les oxydants. L'hypochlorite est corrosif et pour les petites surfaces, on peut utiliser de l'alcool éthylique à 70°.



**INSTRUCTION N° 138 MSPRH/DP/DU 06/06/2005 RELATIVE A LA PREVENTION DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG (AES) EN MILIEU DE SOINS**

Destinataires :

- Messieurs les Directeurs de la santé et de la population
- Messieurs les Directeurs Généraux des CHU
- Messieurs les Directeurs des EHS
- Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires

Référence : Instruction N° 19 du 19 Novembre 2002 relative à la prévention des Hépatites virales, du VIH et des AES en pratique dentaire.

Face à l'épidémie d'infection à VIH/SIDA et à la prévalence croissante des infections à VHB et VHC, il est impératif de rappeler les principales mesures de prévention des accidents liés à l'exposition au sang et de situer le rôle des responsables des structures de santé.

La mise en œuvre d'une stratégie de prévention efficace permettra de contrôler l'apparition de nouveaux cas en maîtrisant les risques de transmission virale dans les établissements de soins. Ces actions entrent dans le cadre des missions des responsables des structures de santé en charge d'assurer la bonne pratique des soins.

La prévention des AES s'intègre dans le cadre de l'amélioration de la qualité de soins aux patients et de l'amélioration des conditions de travail des personnels. La direction de l'établissement est tenue de fournir aux personnels des mesures de protection collectives (prévention de l'exposition) et, Lorsque l'exposition ne peut être évitée par des mesures de protection individuelle.

Risque de transmission Virale (VHB, VHC, HIV) selon le type d'accident

Virus	Risque de transmission : exposition percutanée : injection, hémodialyse.....
VHB (Virus de l'hépatite B)	2 à 40%
VHC (Virus de l'hépatite C)	2,1%
HIV (Virus de l'immuno- déficience humaine)	0,35%

La prévention des AES est axée sur le respect des précautions standard par :

- 1/ Le lavage et/ou la désinfection des mains par une solution hydro alcoolique après le retrait des gants, avant de mettre deux patients et entre deux activités.
- 2/ Le port de gant : les gants doivent être changés entre deux patients, entre deux activités.
- 3/ Le port de la blouse, de lunettes et masque si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérolisation du sang ou tout autre produit d'origine humaine.
- 4/ Les bonnes pratiques de soins à savoir, l'utilisation strict de matériel à usage unique (extrême résistance de l'HBC à la chaleur d'où risque de contamination par un matériel mal stérilisé par une température inadéquate), le respect des protocoles de soins en stomatologie, gynécologie obstétrique, hémodialyse etc....) l'élimination immédiate après usage dans des contenants adaptés des aiguilles sans les ré capuchonner et sans les désadapter à la main.
- 5/ Le nettoyage des surfaces souillées de sang puis la désinfection à l'eau de javel à 12° ou tout désinfectant approprié répondant aux normes (Dakin) (annexe 2).
- 6/ L'évacuation dans un emballage étanche et fermé du linge et matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine pouvant être infecté par le virus de l'hépatite B,C ou l'HIV.

La vaccination contre l'hépatite B complétée de l'évaluation de la couverture vaccinale est à élargir à toutes les catégories professionnelles affectées à un poste exposé ainsi qu'aux patients particulièrement exposés au risque comme les hémodialysés qui feront l'objet d'un suivi sérologique avant et durant le traitement.

Il est demandé de veiller au strict respect de l'application de la conduite à tenir en cas d'AES (jointe en annexe).

Les responsables des structures de santé sont chargés de la mise en œuvre de ces mesures et veilleront à la disponibilité du matériel et de produit conformes aux normes en quantité suffisante. Ils assureront en outre le contrôle et l'évaluation des mesures appliquées.

**La Directrice de la Prévention**

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au Sang.

En cas d'exposition, piqûre, coupure ou égratignure du personnel ou de projection de sang sur les muqueuses, conjonctivites en particulier.

- ❖ Laisser saigner, puis rincer abondamment après lavage au savon et appliquer de l'alcool à 70 % de l'eau de javel à 12° diluée au 1/10 ou du dakin.
- ❖ Chercher à connaître le caractère infectant du liquide par la pratique des 3 sérologies HBV, HBC et HIV du patient contaminant.
- ❖ Rechercher ces trois sérologies chez la personne contaminée.
- ❖ Informer le médecin référent et/ou le médecin du travail de l'hôpital et déclarer l'AES qui devra être inscrit sur un registre du service où s'est produit l'AES destiné à cet effet pour faire foi en cas de séroconversion ultérieure. (déclaration légale du médecin du travail).
- ❖ Refaire chez la personne contaminée une sérologie du VIH à 3 mois et à 6 mois et une sérologie du VHC et Ag HBS à 6 mois (orientation vers un milieu spécialisé en gastro hépatologie).
- ❖ Vis à vis du VIH : une prophylaxie peut être proposée, surtout si la personne victime de l'AES le souhaite, en cas de piqûre ou de contact massif contaminant avec du sang de patient VIH positif connu. La posologie par AZT doit être débutée le plus vite possible, au mieux dans les deux heures suivant l'AES : la posologie est de 1200 mg/j pendant trois jours puis 1000 mg/j pendant 4 semaines.

### ANNEXE 2 : Contrôle de la Concentration de la solution de l'eau de javel :

Le contrôle de la concentration de la solution d'eau de javel est obligatoire au laboratoire de la structure de soins. Il se fait selon une procédure simple par le pharmacien.

De plus, la solution doit être renouvelée tous les huit (8) jours car son pouvoir désinfectant se perd avec le temps et sous l'effet d'une forte chaleur.

### ANNEXE 3 : Mesures spécifiques aux hémodialysés :

Tout malade à hémodialyser doit être considéré comme potentiellement contaminant. Aussi les mesures d'hygiène universelle doivent être scrupuleusement respectées.

Les tests Sérologiques du HIV, du HBV et du HCV doivent être pratiqués pour tout malade concerné par une séance d'hémodialyse.

Les malades séropositifs à l'une des affections virales doivent être pris en charge dans tous les cas. Aucune raison ne justifie leur exclusion de la dialyse.

Le respect strict des mesures d'hygiène constitue une sécurité suffisante.

**Instruction ministérielle N° 002 MSPRH du 21 MARS 2006 relative à la prévention  
de la transmission du virus de l'hépatite virale B et C en milieu de soins**

Destinataires:

Mesdames et Messieurs :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas : **pour application, suivi et communication aux:**

Les Directeurs des Secteurs Sanitaires  
Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés  
Les Responsables des Etablissements de soins parapublics et privés  
Les Directeurs généraux des Centres Hospitalo-universitaires  
Le Directeur Général de l'Etablissement Hospitalo-Universitaire d'Oran

**« pour exécution »**

Le sang et les liquides biologiques sont des éléments importants dans la transmission des virus de l'Hépatite virale B (VHB) et de l'Hépatite virale C (VHC) en milieu de soins.

Le virus de l'hépatite B (VHB) est un virus particulièrement résistant aux conditions de l'environnement; il peut rester stable au moins 7 jours sur les surfaces inertes ce qui constitue une source de contamination importante. C'est un virus transmissible par le sang. L'incubation de la maladie est en moyenne de 8 à 12 semaines. L'infection est le plus souvent modérée ou inapparente ; elle évolue volontiers vers la chronicité ; dans ce cas, le patient devient à son tour une source potentielle de contamination.

Bien que la vaccination ait réduit de façon significative l'incidence de l'infection à VHB, il y a lieu de signaler que le dialysé chronique est à haut risque d'infection du fait d'une exposition constante au sang, à l'équipement de dialyse, ainsi qu'à des transfusions ; le patient peut être infecté par le VHB lors d'injection de médicaments ou de solutés contaminés par le sang d'un patient porteur du virus, notamment en cas de mésusage de dispositifs médicaux ou de flacons à usage multiple.

Le virus pénètre dans la circulation sanguine à l'occasion d'une ponction vasculaire, d'une injection ou d'un prélèvement. Les dispositifs médicaux, les surfaces inertes, le chariot de soins, ainsi que les mains du personnel soignant peuvent être contaminés à partir d'un sujet infecté. Le virus peut être transmis au patient réceptif par des voies multiples, telles que les mains du personnel soignant, les mains de patients infectés, les objets et dispositifs médicaux partagés. La fréquence des expositions au sang liées à des piqûres d'aiguilles est un facteur de risque majeur de contamination professionnelle par le VHB.

Bien que le vaccin contre l'hépatite virale B soit disponible et obligatoire, le risque de contamination existe pour certaines catégories non ou mal vaccinées. Environ 30 % des soignants non immunisés et exposés à une aiguille creuse souillée par du sang AgHBs+ et AgHBe+ seront contaminés.

Les modalités de contamination ont clairement mis en évidence les effets négatifs de l'acte de soin non sécurisé et de la transfusion de sang mal contrôlée.

Le virus de l'hépatite C (VHC) est un virus génétiquement hétérogène avec un taux de mutation élevé. La prévalence du VHC est plus élevée chez les patients dialysés que dans la population générale, L'incubation de la maladie est de 6 à 7 semaines, l'infection est inapparente dans plus de 60 % des cas.

À l'inverse de l'hépatite B, l'hépatite C prend souvent la forme d'une infection chronique (70 %). Seuls 20 % des patients éliminent spontanément le virus. Un patient peut être infecté par le VHC lors d'injection de médicaments ou de solutés contaminés par le sang d'un patient porteur du VHC, notamment en cas de mésusage de dispositifs médicaux ou de flacons à usage multiple.

Le VHC, virus relativement résistant et stable dans l'environnement, pénètre dans la circulation sanguine d'une personne à l'occasion d'une ponction, d'une injection, d'un prélèvement, d'un partage d'objets souillés (rasoirs, brosse à dents) entre patients positifs et négatifs, ou lors de la contamination des surfaces de l'environnement et des mains du personnel soignant.

La contamination dans une unité d'hémodialyse se fait lors de la contamination interne du générateur de dialyse par le sang d'un patient dialysé précédemment (capteurs de pression, circuit dialysat). La transmission nosocomiale en dehors de l'unité de dialyse, est réalisée lors d'autres soins nécessités par le patient. Ce mode est également à prendre en compte. La transmissibilité du VHC en milieu de soins est relativement faible lors des expositions professionnelles par rapport au VHB. Le taux moyen de séroconversion après exposition percutanée au VHC, a pu être estimé à 2,1 % avec des taux variant entre 0 % et 6 %. La transmission nosocomiale des infections par les virus des hépatites B et C est établie. Le développement de soins en milieu extra hospitalier constitue aussi une autre cause de dissémination des virus des hépatites.

Il a été noté dans tous les audits hospitaliers qu'il n'y a aucune bonne pratique admise pour la qualité des soins, la sécurité des produits sanguins et dérivés ainsi que dans le traitement et l'élimination des déchets des activités de soins à risque infectieux (DASRI).

A cet effet, je vous demande d'appliquer strictement les mesures de prévention de la transmission nosocomiale des hépatites virales B et C. Ces manquements engagent la responsabilité des intervenants à tous les niveaux jusqu'au prestataire de l'acte. Ces mesures doivent permettre:

- 1/ L'application systématique et stricte des protocoles de l'hygiène des mains, de la décontamination et du bio nettoyage afin de sécuriser tous les actes invasifs dans le respect des bonnes pratiques universelles en matière de prévention et de sécurité du matériel de soins et de diagnostic.
- 2/ L'application des procédures validées de stérilisation et de désinfection des dispositifs médicaux.
- 3/ L'application et le respect des règles de la sécurité transfusionnelle avec en particulier, le dépistage des maladies transmissibles par le sang (VHB- VHC- HIV).
- 4/ La sécurité de tout acte dentaire en appliquant les bonnes pratiques universelles en matière de soins dentaires avec application stricte des protocoles de nettoyage, désinfection et stérilisation du matériel.
- 5/ L'élimination, après tri à la source, des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) conformément aux protocoles validés.
- 6/ La prévention des Accidents d'Exposition au Sang (AES) en respectant les protocoles de protection ce qui permet d'éviter la transmission des maladies virales sériques en particulier la transmission du VHB et du VHC. En plus de la vaccination contre l'Hépatite B, la méthode de base de la lutte contre les AES demeure le respect des précautions standard. Ces mesures sont simples à mettre en oeuvre: elles nécessitent des investissements financiers acceptables et diminuent de manière sensible la contamination par le VHB et le VHC. Elles préviennent à *priori* le risque d'infection nosocomiale chez le patient et le risque de contamination professionnelle chez le soignant par le virus des hépatites B et C.

L'organisation et la planification des soins doivent intégrer, à chaque phase de prise en charge d'un patient les impératifs liés à la prévention du risque infectieux et au confort du patient, depuis son accueil, jusqu'à son départ de l'unité de soins. Ce sont les anomalies dans l'organisation des soins qui sont fréquemment identifiées, lors de l'analyse des circonstances de survenue de cas groupés d'infections par VHB et VHC il est cité à titre d'exemple le partage de matériel entre les patients, le non respect des procédures pour l'hygiène des mains, le port d'une même paire de gants non changée entre des contacts avec plusieurs patients, le bio nettoyage défectueux par non application de la technique des deux seaux, le manque d'entretien des locaux et des surfaces.

A cet effet, il vous est demandé d'appliquer rigoureusement les précautions d'hygiène contenues dans le référentiel donné en annexe

Un rapport trimestriel retraçant l'état d'avancement de l'application de la présente instruction est à transmettre aux services concernés de l'administration centrale (Direction de la Prévention).

**Le 21 MARS 2006**

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

عمل تو

**ANNEXE**  
**Précautions générales d'hygiène ou précautions "standard " à respecter lors de soins à tout patient**

<b>Gestes / situation</b>	<b>Commentaires</b>
Lavage avec savon liquide et/ou désinfection des mains par lavage et/ou friction avec solution hydro alcoolique	A la prise de service, avant la mise de gants, après le retrait des gants, entre deux patients, entre deux activités. L'utilisation de savon en pain (à usage multiple) est proscrite de même que le séchage des mains avec essuie mains à usage multiple.
Port de gants	Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités. Les gants, stériles ou non, doivent être changés régulièrement Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambre implantable, prélèvements sanguins ..... ) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés..... OU- lors de soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions
Port de surblouses, lunettes, masques	Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie, manipulation de matériel et linge souillée.....)
Matériel souillé	Matériel piquant/ coupant/ tranchant à usage unique (Déchets d'activités de soins à risque infectieux DASRI): ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soins munis d'un support approprié et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. Matériel réutilisable: manipuler avec précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine. Vérifier que le matériel a subi une procédure d'entretien (stérilisation ou désinfection) approprié avant d'être réutiliser
Surfaces souillées	Nettoyer d'abord puis désinfecter avec de l'eau de Javel fraîchement diluée (ou tout autre détergent- désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections ou aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine
Transport de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés	Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être identifiés et évacués du service dans un double emballage étanche, fermé.
Si contact avec du sang ou liquide biologique	Après piqûre, blessure: lavage et antiseptie au niveau de la plaie Après projection sur muqueuse (conjonctivite): rinçage abondant

**INSTRUCTION N° 001 MSPRH/MIN DU 04 AOUT 2008 RELATIVE A LA GESTION DE LA  
FILIERE D'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS**

**Destinataires :**

- |                                                                                                                           |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| * Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population<br>(Exécution, suivi, notification et communication) |             |
| * Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU et de l'EHU ;                                                       |             |
| * Messieurs les Directeurs des EHS et de l'EH ;                                                                           | Exécution   |
| * Messieurs les Directeurs des EPH ;                                                                                      | Exécution   |
| * Messieurs les Directeurs des EPSP.                                                                                      | Exécution   |
| * Messieurs les directeurs des établissements parapublics et privés ;                                                     | Exécution   |
| * Monsieur le Directeur général de L'institut Pasteur d'Algérie ;                                                         | Exécution   |
| * Monsieur le Directeur de l'Agence Nationale du Sang ;                                                                   | Exécution   |
| * Monsieur le Directeur Général du Laboratoire National du Contrôle des Produits Pharmaceutiques                          | Exécution   |
| <br>                                                                                                                      |             |
| * Monsieur le Directeur Général de l'Institut National de la Santé Publique                                               | Information |
| * Monsieur le Directeur Général de l'Ecole Nationale de Santé Publique                                                    | Information |
| * Monsieur le Directeur de l'Institut National Pédagogique de la Formation Paramédicale ;                                 | Information |
| <br>                                                                                                                      |             |
| * Mesdames et Messieurs les Directeurs des Ecoles de la Formation Paramédicale.                                           | Information |

**Objet / Organisation de la filière de l'élimination des Déchets d'Activités de Soins**

La gestion des déchets d'Activités de Soins (D.A.S) est un critère reconnu dans la démarche qualité des soins. Ces déchets représentent non seulement une menace pour la santé mais sont aussi une source de nuisance et une cause d'infections nosocomiales du fait de leur caractère infectieux et toxique.

Les responsables de nos établissements, à tous les échelons, se désintéressent de ce problème. Aucune mesure concrète n'est prise pour sécuriser cette filière à risques.

Tout producteur de déchets est responsable de l'élimination des déchets qu'il produit. De part les inspections effectuées par mes services ont constaté une situation de « Non Gestion des Déchets Hospitaliers » et, les actions menées jusqu'à présent sont obsolètes, défailtantes, voir carrément absentes.

Outre, les Directeurs Centraux et spécialement ceux chargés de la prévention et des services de santé, les acteurs impliqués directement dans la problématique de déchets d'activités de soins sont :

- Les Directeurs de la Santé et de la POPULATION.
- Les Directeurs Généraux des CHU et EHU
- Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés et EH ;
- Les Directeurs des EPH.
- Les Directeurs des EPSP ;
- Les Professeurs et les Médecins Chefs de Services et Chefs d'Unités ;
- Les Professeurs et les Médecins Chefs de services d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMPEP) ;
- Les Praticiens Inspecteurs ;
- Les Médecins Coordinateurs
- Les surveillants Médicaux Chefs de Services et Chefs d'Unités.

**DEFINITION**

Le terme Déchets d'Activités de Soins (D.A.S), connu aussi le nom de « **Déchet Hospitalier** » Désigne l'ensemble des déchets générés par le fonctionnement d'un établissement de soins tant au niveau des services d'hospitalisation et de soins qu'au niveau des services médico-techniques, des services techniques, des consultations et des différents laboratoires.

Parmi les D.A.S, les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (D.A.S.R.I) sont définis comme étant les déchets potentiellement infectés issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif.

Sont également intégrés à cette définition, les déchets issus des activités d'enseignements, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire.

Les risques liés à la production de déchets sont divers pour le personnel de santé selon le secteur d'activité et le poste occupé. Cependant les risques avec exposition au sang (AES) par contact cutané-muqueux, **piqûre ou coupure**, de même que le risque par inhalation de germes ou de particules contaminées (bio aérosol) ou par projection de sang ou liquides biologiques contaminés sont importants.

**Contexte Réglementaire**

Partant du principe fondamental qui stipule que le producteur de déchets est responsable de leur élimination, consacré par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, je vous rappelle que les Déchets d'Activités de Soins, de par leur nature, sont à l'origine de nombreux risques à chaque étape de leur élimination, depuis leur production jusqu'au traitement final.

L'élimination des déchets doit être conforme à la législation en vigueur. Elle doit être conduite de manière à ne pas compromettre la santé du personnel de santé, quelque soit son poste de travail et de ne pas polluer l'environnement.

### **Catégories des DAS produits par les structures de santé et couleur de filières**

Les Déchets d'Activités de Soins (D.A.S) comprennent :

- Les Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (D.A.S.R.I) : **filière jaune** ;
- Les Déchets et Pièces Anatomiques facilement identifiables : **filière verte** ;
- Les Déchets à Risques Chimiques et Toxiques (D.R.C.T) : **filière rouge** ;
- Les Déchets Radioactifs : **filière blanche** ;
- Les Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères (D.A.O.M) **filière noire** ;

Les **D.A.S.R.I**, objet de la présente instruction relèvent de l'une des catégories suivantes :

- Objets, Matériels, Piquants, Coupants et tranchants (P.C.T)
- Objets solides NON piquants, coupants ou tranchants souillés par du sang ou des liquides biologiques ;
- Produits Sanguins à Usage Thérapeutique partiellement utilisés ou arrivés à péremption ;
- Pièces et Déchets Anatomiques Humaines identifiables ;
- Placentas ;
- Les déchets générés par les laboratoires d'analyses de biologie médicale.

Sont également assimilés aux D.A.S.R.I, les déchets issus des établissements d'enseignement et de recherche médicale et vétérinaire.

#### **Personnels Exposés :**

- Personnel médical, paramédical et agents de service
- Patients hospitalisés ou vus en consultation,
- Familles, accompagnateurs et visiteurs ;

En conséquences, je vous instruis d'organiser, dans les meilleurs délais, sous votre autorité, la filière d'élimination des déchets d'activités de soins :

En désignant une personne référent chargée de la filière déchets, de préférence un infirmier (IDE) formé en hygiène hospitalière.

- En organisant et en sécurisant la filière des déchets d'activité de soins qui doit répondre à 2 exigences (respect des réglementations avec traçabilité, Information et formation) ainsi qu'aux 5 étapes incontournables (Tri, conditionnement, entreposage, transport, destruction)

#### **I – Le Tri et la collecte sur les lieux de production**

L'obligation du tri dès la production doit garantir la sécurité des personnes en s'assurant que chaque déchet suit une filière spécifique. Les critères de la réussite sont la simplicité, la constance dans le temps et l'évaluation de l'efficacité.

Les DASRI doivent être séparés des autres déchets dès leur production et placés dans des emballages spécifiques. Si les DAS sont mélangés dans un même contenant à des déchets non dangereux, l'ensemble est considéré comme infectieux et éliminé en tant que DASRI. Le tri des DASRI, avec le choix de l'emballage approprié, se fait en fonction des propriétés physiques du déchet : perforant ; solide ; mou ; liquide.

#### **II – Le Conditionnement des DASRI**

La collecte doit se faire dans des emballages à **usage unique** avec marquage et identification du producteur des déchets, le matériel doit être **normé, adapté et garantissant la sécurité des personnes**.

Le matériel doit répondre à la norme NF X 30-500 pour les boîtes et mini collecteurs pour déchets piquants, coupants tranchants, à la norme NF X 30-501 pour les **sacs** devant recevoir des déchets mous, à la norme NF EN 12740 pour les **cartons** doublés de plastique réservés aux déchets solides et aux placentas et à la norme NF X 30-505 pour les fûts et **jerricanes** en plastique.

De façon générale, tous ces emballages doivent impérativement :

- avoir une **couleur Jaune**
- porter le symbole **ONU « danger biologique »**
- être résistants et imperméables
- avoir un repère horizontal indiquant la limite de remplissage
- porter le nom du producteur

Tous les emballages contenant du DASRI ne doivent être déplacés que sur des **supports dédiés, fixes ou mobiles** selon les besoins. Ces supports doivent être nettoyables et doivent être désinfectés. Ces emballages ne doivent être manipulés qu'avec des gants étanches résistants aux manipulations.

#### **III – L'entreposage :**

Les établissements hospitaliers et les unités de soins doivent disposer de lieux d'entreposages intermédiaires au niveau des services ainsi que d'un site d'entreposage centralisé avant évacuation finale.

Les délais d'enlèvement varient en fonction des quantités et ne doivent en aucun cas, dépasser les **72 heures**.

Il est strictement interdit de compacter et de composer les DASRI.

Les locaux d'entreposage doivent être signalés, correctement ventilés, éclairés et munis d'un poste de lavage des mains. Le sol et les parois doivent être munis d'un dispositif de fermeture.

Avant leur enlèvement, le grand emballage et les grand Récipients pour Vrac (GRV) pleins doivent être fermés hermétiquement et porter un système de traçabilité.

#### **IV – Le Transport :**

Il doit se faire dans des véhicules dédiés et réservés exclusivement au transport des DASRI nettoyés et désinfectés après chaque utilisation.

Si les DASRI empruntent une voie publique, leur conditionnement, étiquetage et transport sont soumis aux dispositions réglementaires concernant le transport des marchandises dangereuses par tout (**dit arrêté ADR**).

#### **V – La destruction :**

Considérant l'aggravation du risque d'une incinération défectueuse à l'intérieur des structures de santé, qui en résulte l'émission de gaz très toxiques, dangereux aussi bien pour le malade, pour le personnel de santé et l'environnement immédiat de l'hôpital, **je vous demande**, de procéder à l'élimination correcte, sans notion de nuisance ni pour les malades ni pour la population générale. Les DASRI et assimilés peuvent être ainsi désinfectés (par désinfection chimique ou thermique) à laquelle on associe une modification de l'apparence des DASRI. Les procédés utilisés in situ pour détruire les DASRI doivent recevoir un agrément.

Les personnes officiellement désignées pour organiser cette filière bénéficieront d'une formation adaptée à partir du premier semestre de l'année en cours.

J'attache une importance particulière quant à l'application de cette instruction et vous demande de me transmettre une première évaluation avant la fin du mois de Septembre, délai de rigueur.

# **Santé Scolaire**



N° 175/MS/MIN du 27 DECEMBRE 1989

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE RELATIVE A LA COORDINATION DES ACTIVITES DE  
PROTECTION SANITAIRE EN MILIEU SCOLAIRE**

REFERENCES –

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé notamment les articles 77 à 82.  
Instruction interministérielle n° 42 du 24 mai 1981 relative à l'établissement et à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire.  
Circulaire interministérielle n° 495 du 21 novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.  
Circulaire interministérielle n° 5 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination.  
Conclusion du séminaire relatif à la protection de l'enfant en milieu scolaire, Annaba du 15,16 et 17 avril 1980.  
Conclusion du séminaire atelier relatif à la protection sanitaire en milieu scolaire, Bejaia du 3 au 5 janvier 1989.  
Les contributions des services de santé de l'éducation et des collectivités locales doivent être coordonnées afin de réaliser les objectifs de l'hygiène scolaire.  
La circulaire interministérielle n°5 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination fixait 3 niveaux de coordination : commune, Wilaya, National.  
L'expérience, l'évaluation et les études entreprises ont montré, que ces comités de coordination se sont souvent avérés inefficaces. Ces insuffisances se justifient pour deux raisons :  
Les comités n'ont pas été prévus à certains niveaux importants :  
L'école qui est base de toute coordination  
Le secteur sanitaire  
La composition des comités existants n'est pas précisée. Les personnes qui y siègent ne sont pas toujours les mêmes, ne possédant pas le pouvoir de décisions.  
Lors du séminaire relatif à la protection sanitaire en milieu scolaire (Bejaia du 03 au 5 Janvier 1989), deux autres comités ont été institués et la composition et les tâches des comités déjà existants ont été modifiées.

**1 - COMITES A INSTITUER**

– Le conseil de santé de l'école.  
L'une des décisions arrêtées au séminaire de Bejaia concerne l'institution d'un conseil de santé de l'établissement.  
Ce conseil comprend :  
le chef d'établissement scolaire (Président)  
le médecin chargé de l'hygiène scolaire de l'établissement  
le technicien du bureau communal d'hygiène  
le représentant de l'association des parents d'élèves de l'établissement.  
Pour les établissements du 3<sup>ème</sup> palier et du secondaire, sont membre de droit le gestionnaire et surveillant général.  
Il convient de souligner qu'à titre consultatif, peuvent être associée aux travaux de ce conseil, toutes personnes jugées qualifiées et susceptibles d'aider la communauté éducative.  
La création du conseil de santé constitue l'innovation la plus importante dont les effets se répercuteront sur la situation sanitaire de l'établissement.  
1.2 – Le comité de coordination au niveau du secteur sanitaire.  
Ce comité prend en charge les problèmes non résolus au niveau communal.  
Les membres du comité de coordination sont les suivants :  
- le directeur du secteur sanitaire (Président du comité)  
- le médecin chef du service d'épidémiologie et de médecine préventive (secrétaire),  
- les inspecteurs de l'enseignement fondamental (secrétariat)  
- les médecins chefs des sous secteurs,  
- les présidents des APC,  
- les représentants des présidents d'associations de parents élèves  
- le conseil en alimentation scolaire,  
- le directeur du centre d'orientation scolaire professionnelle.  
Ils sont nommés par arrêté du Wali.  
Le comité se réunit au minimum 2 fois par an (début et fin d'année scolaire), et en cas de besoin, sur convocation du directeur du secteur sanitaire.

Les tâches dévolues à ce comité consistent à :

- Etablir et diffuser aux comités communaux des objectifs prioritaires spécifiques au secteur sanitaire et les directives pratiques d'organisation.
- Evaluer les différents programmes établis,
- Prendre connaissance des différents PV et rapports des comités communaux pour régler les problèmes éventuels,
- Dégager les moyens nécessaires aux programmes établis.

Les P.V établis sont adressés au niveau de la Wilaya (DSP, DVRH, DRAL, MG).

**2- LES COMITES EXISTANTS A MODIFIER**

Les comités prévus par la circulaire n° 5 du 22 Janvier 1985 ont été modifiés au niveau de leur composition et de leurs tâches comme suit :

**2.1- Le comité de coordination communal**

Les membres du comité communal sont les suivants :

- le président de l'APC (président du comité),
- le représentant du bureau communal d'hygiène,
- le médecin chef du sous secteur (secrétaire),
- les médecins chargés de l'hygiène scolaire,
- le ou les inspecteurs de l'enseignement fondamental (secrétariat)

- les directeurs des écoles fondamentales,

- le ou les proviseurs de lycées,

- le représentant des associations des parents d'élèves.

Les membres de ce comité sont nommés officiellement par le wali.

Les réunions du comité communal sont provoquées au minimum tous les 3 mois, (fin et début d'année scolaire), fin des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> trimestres scolaires par le président du comité.

Le comité a pour tâches de :

- établir et /ou discuter le programme de travail des 4 intervenants (Education, APE, APC, Santé).

- Identifier les moyens à mettre en œuvre pour la réalisation de ces programmes

- Suivre l'application des mesures à prendre décidées lors des réunions.

Le Président du comité tient un registre de délibération et les PV qui seront adressés au directeur du secteur sanitaire et au DVRH.

2.2- Le comité de coordination de la Wilaya

les membres du comité de Wilaya sont :

Le DSP assisté du chef de service santé (président)

Le DRAL MG

Le DVRH

Le représentant des APE.

Ceux-ci sont assistés de leurs collaborateurs.

Le comité se réunit en fin d'année scolaire.

Les tâches dévolues à ce comité consistent en :

- Analyse des PV établis au niveau des secteurs sanitaires

- Préparation et orientation du programme d'activités pour l'an à venir, à partir des rapports des comités de secteurs et des administrations centrales concernées.

Evaluation des programmes généraux établis.

Un rapport est adressé aux ministères de tutelle pour évaluer le programme réalisé et proposer les correctifs pour l'année scolaire venir.

2.3- Le comité national de coordination

Le comité national de la promotion de la santé en milieu scolaire est composé des membres suivants :

- le directeur de la prévention et de l'éducation sanitaire (MS).

- le directeur des activités sociales et culturelles (Ministère éducation).

- le représentant de la direction du développement local (Ministère délégué aux collectivités locales).

- le représentant des associations de parent élèves.

Il se réunit une fois par an avant la rentrée scolaire pour évaluer le programme de l'année écoulée et établir les orientations du programme de l'année scolaire à venir.

Chacun de ces comités doit ouvrir un registre de délibération où seront notés les PV des réunions.

Le ministre de la santé et de la population

Le ministre de l'éducation

Le ministre délégué des collectivités locales

**Akli KHEDIS**

**Mohamed Brahimi EL-MILI**

**Benali HENNI**

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° 01 DU 6 AVRIL 1994 PORTANT PLAN DE  
REORGANISATION DE LA SANTE SCOLAIRE**

La santé scolaire concerne plus du quart de la population et constitue un élément fondamental dans la promotion de la santé de la population dans son ensemble ce qui justifie la priorité qui doit lui être accordée dans les programmes nationaux de santé.

Or, il est constaté l'insuffisance de l'efficacité et de l'efficience des activités d'hygiène scolaire, trop souvent réduites à des rapides visites systématiques effectuées dans de mauvaises conditions et sans système de suivi opérationnel.

Partant de ce constat, les Ministères de la santé et de la population, de l'Education Nationale et de l'Intérieur et des collectivités locales ont décidé de mettre en œuvre progressivement un plan de redressement basé sur l'amélioration de la qualité des prestations et du niveau de couverture sanitaire en milieu scolaire, le développement des actions sanitaires basées sur l'approche par programme, la promotion de l'éducation sanitaire dans les écoles et lycées et enfin la coresponsabilité dans ce domaine impliquant la santé, l'éducation, les collectivités locales et les associations des parents d'élèves.

Ainsi le PROGRAMME NATIONAL à mettre en œuvre.

Ne doit pas se limiter aux aspects médicaux de l'hygiène scolaire, mais devra imposer la notion de santé scolaire. Doit être préparé et mis en application progressivement jusqu'en Septembre 1997, avec une évaluation et un réajustement périodiques. Doit préciser les objectifs minima communs et fournir les informations et les moyens indispensables aux personnels de base, afin qu'ils puissent choisir les modalités d'organisation et d'action les plus adaptées à leur situation, les mieux intégrés au plan local d'action sanitaire.

Dans le cadre de ce programme national, puis en application des conclusions du séminaire de SIDI FREDJ (20-22 Avril 1991) et suite aux travaux du comité national technique de la santé scolaire et Universitaire (réunissant de représentants des trois secteurs et des associations de parents d'élèves), le plan d'action portant sur l'amélioration des prestations médico-sanitaire aux profits des élèves comporte des mesures transitoires qui doivent être engagées dès le début de l'année 1994.

Aussi, il est demandé aux directeurs de la santé et de la protection sociale, aux directeurs de l'éducation de Wilaya, aux directeurs de secteur sanitaires ainsi qu'aux responsables communaux, de prendre dès le début de l'année 1994 ces mesures transitoires qui préparent une nouvelle organisation de la santé scolaire.

**LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA SANTE SCOLAIRE :**

La nouvelle organisation de la santé scolaire est fondée sur :

La mise en œuvre des moyens humains et matériels correspondant à l'importance de la population à couvrir.

L'amélioration des conditions et du contenu de la visite médicale systématique de dépistage : approche sur objectifs et rigueur dans le choix des tests.

La mise en place d'un suivi rigoureux des affections dépistées visant une amélioration de leur prise en charge.

L'implication étroite de tous les secteurs concernés.

Les fiches techniques annexées à la présente circulaire ont pour but d'aider les médecins, les chefs d'établissements scolaires et les responsables communaux, coordonnés par le service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP) de chaque secteur sanitaire, à choisir les modalités d'application les mieux adaptées à leur situation.

**PLAN D'OPERATION:**

La première mesure, consiste en la désignation d'un coordinateur de la santé scolaire, dans le cadre des activités du SEMEP de chaque secteur sanitaire, il aura pour tâche d'aider de ses confrères et leurs autres intervenants à mettre en œuvre les actions destinées à réorganiser la santé scolaire.

La nouvelle organisation exige ensuite plusieurs mesures qui devront impérativement être prises durant l'année 1994.

**1- Les Locaux :**

Ils seront utilisés selon les normes proposées par le comité national technique de santé scolaire et universitaire.

- Les unités de santé de base seront souvent les plus aptes à accueillir les nouvelles « unités de dépistage et suivi ».

- Certains établissements scolaires pourront mettre à la disposition de la santé scolaire les locaux nécessaires, directement accessibles de l'extérieur, 44 heures par semaine, durant toute l'année y compris les périodes de congés scolaires.

- Là où il n'existe aucune de ces deux possibilités, les autorités communales devront chercher les locaux disponibles, les aménagés et en assurer l'entretien et le gardiennage.

- Dans les zones éparses, l'acquisition et l'utilisation de clinomobiles est à envisager.

- Enfin, si aucun local satisfaisant n'est disponible, et si l'on ne dispose pas d'un clinomobile, les visites de dépistage devront encore se dérouler dans des classes. Cependant le directeur de l'école devra préparer convenablement ces classes.

Un local adéquat ou un clinomobile devra être inscrit au programme de développement communal.

En tout état de cause la pratique de la visite médicale systématique en classe devrait prendre fin d'ici Septembre 1995.

**2- Le personnel médical :**

Il devra être affecté aux activités de santé scolaire, pour chaque sous-secteur sanitaire, par la direction du secteur sanitaire, selon les normes proposées en annexe.

Il sera choisi :

Parmi le personnel existant au niveau du secteur sanitaire.

Par réintégration technique au SEMEP du secteur sanitaire, des médecins qui auraient pu être recrutés pour un établissement scolaire.

La responsabilité administrative restera dévolue à leur organisme employeur mais ils devront organiser leur activité médicale sous la responsabilité du SEMEP du secteur sanitaire.

- Par recours à la DSPS pour mutation inter secteur ou pour recrutement si nécessaire.

**3- Les déplacements des élèves** : vers les unités de dépistage et de suivi se fera en groupe accompagnés d'enseignants.

Ce n'est que dans l'impossibilité de retrouver un local mieux adapté ou un moyen de transport pour les élèves de certaines écoles éloignées , que ces élèves pourront être examinés dans des salles de classes, bien préparées , pour assurer le transport de l'équipe de santé scolaire vers l'école.

**4- La collaboration Médecin-Inspecteurs et Directeurs d'Etablissements-Enseignants :**

L'utilisation rationnelle des spécialistes disponibles.

Le recrutement de spécialistes en cas de besoin.

La collaboration des spécialistes du CHU ou du secteur le plus proche.

Nous attachons une importance particulière à l'application des dispositions de la présente circulaire et vous demandons de nous tenir informés à l'ensemble des mesures prises à l'échéance du 31 juin 1994 qui permettra une première évaluation destinée à préparer le plan d'opération pour l'année 1994 / 1995.

## FICHE TECHNIQUE N° 1

### LOCAUX

Les salles de classe s'étant relevées inadéquates pour effectuer un dépistage scientifiquement valide, il importe de trouver et d'équiper d'autres locaux, mieux adaptés, partout ou cela sera possible, ces locaux seront organisés en « unité de dépistage et de suivi » U.D.S.

#### Description de l'unité de dépistage et de suivi (U.D.S) :

Une U.D.S comprend : 1 cabinet médical normalisé, chauffé, bien éclairé, avec deux vestiaires

- 1 Salle « paramédicale »
  - \* longue de 5m (pour optométrie)
  - \* bien éclairé
  - \* abritant secrétariat et documents.
- 1 Salle d'attente, avec accès aux vestiaires
- 1 Bloc sanitaire à proximité.

#### Localisation :

Par exigence de proximité de la population scolaire, il conviendra d'équiper au mois une U.D.S au chef-lieu de chaque commune (correspondant à une ou plusieurs écoles fondamentales intégrées).

L'U.D.S peut être localisé :

Dans une unité de santé de base.

Dans un établissement scolaire à condition qu'il soit ouvert à tout élève des autres établissements, 44 heures par semaine et durant toute l'année y compris les périodes des congés scolaires.

Dans un local spécialement aménagé.

Dans un clinomobile.

#### Norme d'utilisation :

Une population scolaire de 8000 élèves dans une commune nécessite l'utilisation d'une U.D.S à plein temps (visites de dépistage, suivi, consultation, évaluation).

Quand la population scolaire est inférieure à 8000 élèves, ce local sera utilisé à raison de 1 jour par semaine, par tranche de 1500 élèves et pourra servir à d'autres activités de santé le reste du temps.

Moins de 1500	=	1 jour par semaine
1500 à 3000	=	2 jours par semaine
3000 à 4500	=	3 jours par semaine
4500 à 6000	=	4 jours par semaine
6000 à 8000	=	plein temps.

Quand la population scolaire est supérieure à 8000 élèves on doit prévoir une autre U.D.S (de 10.000 à 16.000 élèves) ou plusieurs, dans la même commune, si leur éloignement le justifie, dans ce cas contraire, il suffira d'ajouter l'U.D.S de la commune, un cabinet médical par tranche de 800 élèves.

#### 4-Localux spécialisés :

Les normes des locaux nécessaires aux chirurgiens-dentistes et aux psychologues de l'équipe de santé scolaire seront précisées dans les programmes spécifiques de santé bucco-dentaire et de santé mentale.

## FICHE TECHNIQUE N° 2 :

### PERSONNEL

#### Personnel médical :

La nouvelle organisation des activités de santé scolaire (préparation, programmation, dépistage, suivi et évaluation) nécessite. Le travail à plein temps d'un médecin pour environ 8000 élèves scolarisés.

Il sera donc nécessaire d'affecter aux activités de santé scolaire un ou plusieurs médecins par commune, à temps complet ou partiel, à raison de 1 jour par semaine pour chaque tranche de 1500 élèves scolarisés.

Nombre d'élève	Médecins à temps plein	Médecin à temps partiel
Moins de 1500	-	1 jour / semaine
1500 à 3000	-	2 jour / semaine
3000 à 4500	-	3 jour / semaine
4500 à 6000	-	4 jour / semaine
6000 à 8000	1	-
8000 à 9500	1	1 jour / semaine
9500 à 11000	1 +	2 jour / semaine
14000 à 16000	2 +	-
16000 à 17500	2 +	1 jour / semaine.

Ces affectations (précisant le lieu, et le temps, plein ou partiel) se feront d'abord par redéploiement du personnel médical existant, puis par réintégration technique au SEMEP des médecins qui auraient pu être recrutés « parallèlement » pour des établissements scolaires ou des communes.

Au cas ou certains postes n'auraient pu être pourvus, il conviendra d'en informer la DSPS pour un redéploiement des affectés au niveau de la wilaya (mutations inter-secteurs) ou pour recrutement.

#### Personnel paramédical :

Il faudra affecter un ou deux infirmiers (ères) pour un médecin durant tout son temps d'activité de santé scolaire.

Les paramédicaux recrutés par l'éducation devront être intégrés aux activités de santé scolaire.

#### Personnel spécialisé :

La place des chirurgiens-dentistes et des psychologues dans l'équipe de santé scolaire, ainsi que les profils des psychologues seront précisés par les programmes spécifiques de santé bucco-dentaire et de santé mentale.

### **FICHE TECHNIQUE N° 3 :**

#### **PREPARATION – PROGRAMMATION DE LA VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE**

1- Le coordinateur obtient, à la direction de l'éducation de Wilaya (ou aux directions de lycées et écoles fondamentales intégrées) les listes des établissements scolaires du secteur sanitaire, commune par commune.

Chaque établissement est identifié par son officiel, son application usuelle si elle diffère, et son adresse précise (quartier, rue, douar...).

2- Le coordinateur ou le médecin – chef de sous secteur, obtient des directeurs de lycées et d'E.F.F.I. (avant le 20 Septembre) les prévisions de toutes les divisions pédagogiques

(appellation officielle d'une « classe ») clairement identifiées, pour chaque établissement et annexe.

3- Les médecins, les directeurs de lycées et E.F.I. et les responsables communaux se réunissent avec le chef de service de la planification de la D.E.W pour choisir la localisation des U.D.S. aux chefs – lieux de communes et éventuellement, ailleurs :

En unité de santé de base

En établissement scolaire

En local communal

En clinomobile

4- Classe – cibles :

Une visite médicale systématique de dépistage minutieuse et précise.

La participation attentive des enseignants pour signaler certains troubles pouvant en cours d'année.

L'installation d'un système de suivi rigoureux, ne perdant aucun élève d'une année sur l'autre.

Sont trois conditions à réunir pour améliorer l'efficacité des activités de santé scolaire, il suffira alors d'examiner chaque année, en visite médicale systématique de dépistage, les élèves de 4 classe cibles : 1°, 2° et 7° AF, 1° AS, puisque ces classes cibles permettent de dépister des affections ayant pu apparaître à ces âges clés et de retrouver les élèves suivis à leur entrée dans un nouveau cycle d'études (il n'y a donc plus à tenir compte des anciennes classes cibles

1°, 6°, 9° AF, 3° AS) Dès qu'il sera possible la visite de 1<sup>ère</sup> AF sera décalée en préscolaire à l'âge de 5 ans.

5- Le coordinateur du secteur sanitaire (ou : et les médecins–chefs des sous secteur) établit, avec le ou les médecins affectés à la santé scolaire pour chaque commune, la liste des divisions pédagogiques (appellation officielle des classes) que ces derniers de proposent d'examiner au minimum, toutes les divisions pédagogiques des 4 classes cibles : 1°, 2°, 7° AF et 1° AS.

Il sera important de bien distinguer.

- Les établissements dont les élèves, accompagnés de leur enseignant pourront se rendre à l' U. D.S. à pieds.

- Et ceux pour lesquels un moyen de transport sera nécessaire.

6- Le coordinateur et les médecins désignés pour chaque commune établissement ensemble, en début d'année scolaire, la programmation des VMS de dépistage, au rythme de 1 ou 2 divisions pédagogiques par jour de V.M.S. (en moyenne, 3h 30 pour une classe d'élèves).

7- Le coordinateur s'assure des moyens de déplacement.

Des classes entières, de l'école vers l'U.D.S

Ou du clinomobile vers les écoles

Pour les élèves dont le déplacement vers un local adéquat ne pourra être dès cette année, il conviendra de prévoir le déplacement de l'équipe (1 médecin + 1 ou 2 paramédicaux) vers l'école, et de s'assurer que les classes ou se déroulera la VMS de dépistage auront été nettoyés, et organisées de façon à se rapprocher des conditions décrites pour l'UDS.

En tout état de cause, la pratique de la VMS EN CLASSE DEVRAIT PRENDRE FIN Septembre 1995, délai suffisant pour régler les problèmes de locaux et de transport.

Le suivi devra, dans tous les cas, être effectué, hors de classes

### **FICHE TECHNIQUE N° 4 :**

#### **VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE**

##### **4-A Problèmes prioritaires retenus :**

Pouvant bénéficier d'une stratégie de dépistage

1- Problèmes relevant d'un programme national

Rhumatisme articulaire aigu (RAA)

Malnutrition protéino-énergétique

Goitre (dans les régions d'endémie)

Anémie carencielle

Vaccination

2- Problèmes désignés comme prioritaire par le séminaire de SIDI FREDJ

Problèmes bucco-dentaires

Problèmes de santé mentale

3- Problèmes reconnus comme sévères par le comité national technique de santé scolaire et universitaire (CNTSSU).

Insuffisance rénale chronique (problème uro-néphrologiques)

Diabète

Asthme

Epilepsie

Hypoacousie

Conjonctivite chronique

Déformation du rachis

Parasitose

Ectopie testiculaire

Enurésie.

## FICHE TECHNIQUE N° 5:

### VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE

#### 4-B Contenu / stratégie de dépistage et affections recherchées par VMS.

##### 1. Interrogatoire :

Antécédent connu de R.A.A ou hospitalisation pour arthrite ?  
Injections tous les 15 ou 21 jours  
Difficultés scolaires ?  
Troubles du comportement ?  
Troubles du langage  
Dysurie ? Pollakiurie ? Hématurie ?  
Diabète connu ? Polyurie – Polydipsie ?  
Asthme connu ? Causes de dyspnées ?  
Epilepsie connue ? Pertes de connaissance, crises épileptiques  
Fréquente rougeur des yeux ?  
Fréquent écoulement nasal ?  
Parasitose intestinale ?

##### 2. Inspection :

- Avant bras	- cicatrice de BCG
- Cuir chevelu	- pédiculose
- Yeux	=strabisme, ptôsis
- Revêtement cutané	=Gale, impétigo
- Squelette	=Déformation du rachis, déformation des membres.

##### 3. Examen physique :

- Observation des conjonctives	= anémie
- Observation de la bouche	= carie, malposition, gingivite
- Palliation du cou	= goitre
- Auscultation cardiaque	= souffle organique
- Palliation des testicules	= ectopie testiculaire.

#### 4.C. Déroulement de la visite médicale systématique de dépistage :

Toujours avec la présence de l'enseignant

Pour les 1<sup>ères</sup> A.F en présence de la mère (ou du père)

Toute affection dépistée doit être enregistrée (cf. préliste 4 E)

##### 1. Activités paramédicales : par 1 infirmier (ère).

Accueil des élèves

Inspection à la recherche de :

cicatrice BCG (1<sup>ère</sup> A.F seulement)

pédiculose

gale

déformation des membres (1<sup>er</sup> AF)

Observation de la bouche à la recherche de caries malpositions et gingivites.

Optométrie : baisse de l'acuité visuelle.

##### 2- Visite médicale : Par 1 médecin = 1 infirmier (ère)

- Interrogatoire des parents (1<sup>ère</sup> A.F) et / ou analyse de leur réponses au questionnaire (2<sup>ème</sup> A.F).

- Interrogatoire de l'enseignant : analyse de ses réponses au questionnaire (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F)

Interrogatoire de l'élève à la recherche de :

antécédents de R.A.A

diabète

asthme

épilepsie

parasitose intestinale 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F.)

énurésie ( 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F.)

dysurie, pollakiurie, hématurie

trouble du langage

problème psychologiques

- Examen physique à la recherche de :

ptôsis, nystagmus

anémie clinique (observation des conjonctives) en 1<sup>ère</sup> A.F.

goitre (palpation du cou) en région d'endémie

souffle cardiaque organique (auscultation cardiaque)

déformation du rachis

ectopie testiculaire (palpation) en 1<sup>ère</sup> A.F

acoumétrie vocale (si hypoacusies signalée) 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F.

« labstix » ( si troubles uro-néphrologiques signalés)

##### 3- Prescription éventuelle :

Inscription pour suivi

Orientation pour le chirurgien- dentiste (les autres orientations se feront à partir d'une consultation de suivi, en présence d'un parent).

**FICHE TECHNIQUE N° 6**

**VISITE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE :**

4-D-1-- Questionnaire à remplir par les parents de chaque élève de 1°, 2° A.F.

(avec l'aide de l'enseignant si nécessaire et à remettre à l'enseignant avant la visite médicale systématique)

Les renseignements demandés ci-dessous sont destinés à aider et orienter le médecin de santé scolaire dans son examen de l'enfant à la recherche d'une éventuelle maladie nécessitant une surveillance et un suivi ou perturbant la scolarité de l'enfant.

il est bien entendu que ces renseignements sont confidentiels et relevant du secret médical, auquel l'enseignant est également tenu.

Wilaya :

Commune :

Ecole :

Classe :

Nom et prénom :

Nombre de personnes vivant à la maison :

Père

Mère

Frères

Sœurs

Autres






Votre enfant a t-il :	OUI	NON
- été hospitalisé ou traité pour une inflammation des articulations ?		
- reçu des injections tous les 15 ou 21 jours ?		
- présenté un amaigrissement rapide ?		
- présenté des difficultés à respirer ?		
- des pertes de connaissance, évanouissements ?		
- des convulsions ?		
- des troubles du comportement (instabilité, agressivité, isolement ?		
- des troubles du langage (mauvaise articulation, bégaiement) ?		
- une baisse de l'audition ?		
- une fréquente rougeur des yeux ?		
- un fréquent écoulement nasal ?		
- des vers dans les selles ou un prurit anal ?		
- une énurésie (urine dans son lit ?		
- des besoins urinaires très fréquents ?		
- du sang dans les urines ?		
- été traité pour une des affections suivantes :		
- rhumatisme aigu		
- diabète		
- asthme		
- épilepsie		
- autre affection, si oui ; laquelle : .....		
- présenté d'autres trouble que vous jugez utile de signaler, lesquelles : .....		

**FICHE TECHNIQUE N° 7 :**

**VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE DE DEPISTAGE :**

4. D-2 Questionnaire à remplir par l'enseignant de chaque élève de 1° et 2° AF.

(et à joindre au dossier médico scolaire avant la visite médicale systématique de dépistage).

Wilaya :

Commune :

Ecole :

Classe :

Nom et prénom de l'enseignant :

Veuillez avoir l'obligeance de noter ci – dessous les remarques sur lesquelles vous aimeriez attirer l'attention du médecin qui doit examiner votre élève (Nom et prénom)

.....

Et de classer cette fiche dans son dossier médico-scolaire

Votre enfant a t-il	OUI	NON
Votre élève a t-il :		
- une vue insuffisante ?		
- trouble de l'audition ?		
- difficultés scolaires (d'adaptation ou d'acquisition) ?		
- troubles du comportement ?		
- troubles du langage ?		
- absences répétées ?		
- fréquente rougeur des yeux ?		
- fréquent écoulement nasal ?		
- besoins urinaires très fréquents ?		



## FICHE TECHNIQUE N° 8

### SUIVI

5.A affection nécessitant un « suivi »

Amaigrissement, hypotrophie.  
Pâleur des conjonctives  
Difficultés scolaires  
Troubles du langage  
Troubles du comportement  
Baisse d'acuité visuelle  
Strabisme, ptôsis, nystagmus  
Conjonctivite chronique  
Hypoacousie  
Rhinite chronique  
Goitre  
Antécédent de R.A.A  
Souffle organique  
Diabète  
Asthme  
Epilepsie  
Déformation du rachis  
Déformation des membres  
Ectopie testiculaire  
Enurésie  
Dysurie pollakiurie  
Absentéisme répété (signalé par l'enseignant ou le directeur)  
Retour d'hospitalisation (signalé par l'enseignant ou le directeur)  
Affection chronique grave (retrouvée dans les documents ou en consultation)

## FICHE TECHNIQUE N° 9 :

### SUIVI

#### 5.B) Organisation :

1- Objectifs et intérêt :

préciser les diagnostic des affections dépistées  
permettre prescription ou orientation pour prise en charge  
contrôler les résultats des prescriptions et prises en charge  
améliorer la connaissance épidémiologique de la population scolaire  
recenser les ressources nécessaires pour les prises en charge.

2- Responsable : Dans toute la mesure du possible les médecins ayant pratiqué la visite de dépistage sont responsables du suivi et de l'évaluation (sauf pour ce qui relève de la compétence des chirurgiens +dentistes et psychologues de l'équipe de santé scolaire).

3- Listing des élèves à convoquer pour un suivi :

établi par l'infirmier, à la suite de la visite de dépistage de chaque classe.

4- Registre du suivi :

- Pour chaque UDS, le médecin responsable de la santé scolaire (plein temps ou temps partiel) établira un registre reclassant les élèves à suivre, par école et par classe (divisions pédagogiques). Et laissant en face le Nom, Prénom, Affection dépistée pour chacun, la place pour les dates de convocations, les diagnostics approchés ou confirmés durant les examens de suivi, et les décisions prises (orientation, traitement de longue durée...).

- Le registre regroupera non seulement les élèves dépistés en visite médicale systématique en cours d'année, mais aussi les élèves recensés des années précédentes et qui doivent continuer d'être suivis :

soit parce qu'ils présentent une affection chronique

soit parce que leur diagnostic n'est pas encore précisé

ce registre (qui peut être un simple cahier écolier) constitue l'outil indispensable.

pour la réalisation effective du suivi

pour l'amélioration de la prise en charge

pour la connaissance épidémiologique de la population scolaire.

5- Convocation :

Selon les journées choisis par le médecin pour le suivi et selon les priorités qu'il indiquera (sévérité, délai de prise en charge...) l'infirmier (e) porte le registre les dates de convocations (par exemple, au rythme de 20 par jour) et établit une convocation pour chaque élève.

La convocation portera très clairement école / classe / Nom et Prénom / localisation

de l'UDS ou il se rendra / date et heure.

La convocation indiquera que l'élève doit être accompagné de sa mère

(de préférence) ou de son père, et qu'il doit apporter son dossier médico-scolaire et les autres documents médicaux le concernant.

Les convocations sont adressées au directeur de l'école pour être remises aux parents d'élèves convoqués, avec les dossiers médico-scolaires sont classés à l'école et transférés avec les dossiers scolaires lors d'un changement d'établissement.

6- Examen médical de suivi ? A L'U.D.S

Toujours en présence d'un parent pour chaque élève.

L'entretien et l'examen médical se donneront pour but de :

- Préciser le diagnostic ...et l'expliquer aux parents (et aux grands élèves).

- permettre puis contrôler une prise en charge correcte :

Explication de la nécessité et des modalités d'un traitement, d'examen complémentaire, d'une consultation ou

d'une hospitalisation en service spécialisé.

**FICHE TECHNIQUE N° 10 :**

**SUIVI**

5. C. Consigne à adresser à tout enseignant, de toute classe (1<sup>ère</sup> à 3<sup>ème</sup> A.S) après traduction en arabe.

Direction de l'Education de la Wilaya de .....

La nouvelle organisation de la prévention scolaire, qui vise à préserver plus efficacement la santé de la population scolaire implique une plus étroite avec le médecin.

En pratique, il est demandé à chaque enseignant de :

- mesurer 1 ou 2 fois par an, et noter sur le dossier médico-scolaire de chaque élève : date/poids/taille.
- préparer la visite médicale systématique des 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F en joignant au dossier médico- scolaire de chaque élève les réponses au questionnaire – parents et au questionnaire – enseignant.
- être présent à la VMS de dépistage (enseignant de la classe, en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> A.F, adjoint d'éducation ou professeur d'EPS, en 7<sup>ème</sup> AF et 1<sup>ère</sup> AS).
- adresser au médecin de santé scolaire, chaque élève (accompagné de sa mère ou de son père, et muni de son dossier médico-scolaire) qui présenterait, en cours d'année scolaire l'un des troubles suivants :
  - perte de poids entre 2 pesées successives
  - difficultés de vision
  - aggravation des difficultés scolaire
  - troubles psychologiques, trouble du comportement
  - troubles du langage
  - pertes de connaissance, crise épileptique
  - toux pendant plus de 20 jours consécutifs
  - besoins urinaires très fréquents
  - absentéisme répété (plus de 15 jours d'absence en 3 mois) ou dès son retour en classe après un séjour à l'hôpital.

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 02 DU 27/02/95 RELATIVE AUX MODALITES DE CREATION,  
DE GESTION ET DE FONCTIONNEMENT DES UNITES DE DEPISTAGE ET DE SUIVI INSTALLEES DANS LES  
ETABLISSEMENTS SCOLAIRES**

DESTINATAIRES : - MM LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
-MM LES DIRECTEURS DE L'EDUCATION DE WILAYA

REFERENCE : - Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé notamment les articles 77 à 82.  
Arrêté Interministériel N° 26 du 21 juin 1987 relatif aux conditions d'éviction et aux mesures de prophylaxie à prendre en cas de maladies contagieuses dans les établissements scolaires.

Instruction Interministérielle n°42 du 24 Mai 1981 relative à l'établissement et à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n° 495 du 21 Novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.

Circulaire interministérielle n°5 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination.

Circulaire interministérielle n° 175 du 27 Décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection scolaire en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n° 176 du 27 Décembre 1989 relative à l'évaluation des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.

Circulaire interministérielle n°1 du 6 Avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.

Le plan de réorganisation de la santé scolaire, mis en œuvre suite à la circulaire interministérielle n°1 du 6 Avril 1994 comporte entre autres mesures la mise en place des moyens humains et matériels en rapport avec l'importance de la population scolarisée et les prestations préventives, curatives et éducatives pour la santé à fournir aux enfants et adolescents scolarisés.

C'est pourquoi il a été décidé de renforcer de manière significative l'effectif des praticiens médicaux exerçant en santé scolaire, par l'affectation de médecins au niveau des unités de dépistage et de suivi (U.D.S) implantées dans les établissements scolaires.

Dans ce cadre, la création des nouvelles U.D.S citées ci-dessus doit être réalisée en priorité dans les établissements d'enseignement secondaire (lycées et technicums) et les écoles fondamentales disposant de locaux pouvant abriter l'U.D.S.

Chaque U.D.S doit couvrir une circonscription pédagogique comprenant un lycée, une ou deux écoles fondamentales, les A.E.F rattachées à cette ou ces écoles fondamentales.

L'U.D.S doit être conforme aux normes définies dans la fiche technique n°1 annexée à la circulaire interministérielle n°1 du 6 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire, ci-dessus visée en référence.

## **MODALITES DE CREATION DES U.D.S DES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES**

Les U.D.S des établissements scolaires sont créés par décision conjointe du Directeur de l'éducation de Wilaya et du Directeur de la Santé et de la Protection Sociale après avis du Directeur du Secteur Sanitaire localement compétent.

La gestion et le fonctionnement de l'U.D.S sont cependant sur le plan médical et technique le médecin de l'U.D.S est seul responsable.

L'équipement ainsi que la fourniture de produits consommables sont pris en charge par les services compétents de l'éducation.

L'affectation du personnel médical est opérée par le secteur sanitaire qui en assure la gestion administrative et technique, conformément à la réglementation et aux directives organisant les activités de santé scolaire.

Le personnel médical et paramédical est tenu au respect du règlement intérieur de l'établissement qu'il couvre durant toute l'année scolaire.

Par ailleurs le personnel médical et paramédical est dans l'obligation de suivre les sessions de formations organisées à son intention par le Ministère de la Santé et de la Population, y compris pendant les périodes de vacances scolaires.

Pendant les vacances scolaires le médecin de l'U.D.S établit ses bilans et rapports d'activité et assure le suivi des élèves nécessitant une prise en charge médicale.

Le personnel paramédical recruté et géré par les services de l'éducation doit être en priorité affecté au niveau des U.D.S implantées dans les établissements scolaires.

Le contrôle technique et l'organisation des activités de l'U.D.S, sont assurés par le secteur sanitaire.

Le programme annuel est arrêté par le médecin de l'U.D.S conjointement avec le (s) Directeur (s) des établissements scolaires, concernés conformément aux objectifs et tâches prescrits en matière de protection sanitaire en milieu scolaire.

Il est soumis à l'approbation du secteur sanitaire compétent.

## **2- DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION ET LA COORDINATION DES ACTIVITES DE SANTE SCOLAIRE.**

Les activités préventives, curatives pour la santé de l'ensemble des U.D.S implantées dans le secteur sanitaire et les établissements scolaires qu'il couvre doivent être complémentaires et organisées de telle façon qu'elles couvrent toute la population scolarisée du secteur.

A cet effet, le coordinateur de la santé scolaire du secteur sanitaire veille, en concertation avec les médecins de santé scolaire, les inspecteurs de l'éducation et les Directeurs d'établissements à l'évaluation des programmes annuels d'activités.

Outre les visites médicales systématiques de dépistage et la prise en charge des affections dépistées, les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaire sont une tâche permanente de l'équipe de santé scolaire.

Ils s'effectuent conformément aux dispositions de la circulaire Interministérielle n° 495 /CIM/MS du 21 Novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires.

## **3- L'EDUCATION SANITAIRE EN MILIEU SCOLAIRE :**

Les activités éducatives pour la santé en milieu constituent une tâche prioritaire de l'équipe de santé scolaire et des enseignants.

Aussi elles doivent être organisées de façon à ne plus se limiter à des campagnes ponctuelles de célébration de journées mondiales ou nationales de prévention et de lutte contre certains fléaux.

Outre le programme d'éducation sanitaire intégré à l'enseignement, le médecin de l'U.D.S peut établir un programme d'éducation sanitaire complémentaire conjointement avec les Directeurs d'établissements et les enseignants concernant les problèmes de santé prévalant à l'échelle locale.

## **4- COORDINATION DES ACTIVITES :**

La coordination est un élément indispensable pour le bon fonctionnement et le déroulement dans des conditions optimales des activités de santé scolaire.

Elle doit aboutir à une co-gestion effective de la santé scolaire impliquant les services de santé, les services de l'éducation, les communes et les associations des parents d'élèves.

Aussi est-il indispensable de relancer le fonctionnement des comités de coordinations prévus par la circulaire interministérielle n° 175 MS/CAB/MIN du 27 Décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire, à savoir :

- le conseil de santé de l'école
- le comité de santé scolaire communal
- le comité de santé scolaire du secteur sanitaire
- le comité de santé scolaire de la wilaya.

Nous attachons une importance particulière à la mise en place effective de ce dispositif, dont les Directeurs de la Santé et de la Population Sociale et les Directeurs de l'Education Nationale doivent nous faire rapport à l'échéance du mois de Septembre 1995.

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 144 DU 24 MARS 1997 PORTANT NORMALISATION  
DES LOCAUX ET DES EQUIPEMENTS D'UNE UNITE DE DEPISTAGE ET DE SUIVI DE SANTE SCOLAIRE**

Le fonctionnement optimal des unités de dépistage et de suivi de santé scolaire requiert l'affectation à ces unités de locaux, de mobilier, de matériel médical et d'instrumentation qui doivent correspondre aux caractéristiques suivantes :

1- Locaux :

Locaux	Nombre	Surface	Aménagement
Cabinet médical	1	12m <sup>2</sup>	Bien éclairé, chauffé et équipé d'un lavabo
Vestiaires	2	2x2m <sup>2</sup>	Chauffé et ayant un double accès, l'un vers le cabinet médical et l'autre vers la salle d'attente.
Salle paramédicale	1	15m <sup>2</sup>	Bien éclairé, chauffé et équipé d'un évier.
Salle d'attente	1	25m <sup>2</sup>	Bien aérée, chauffé et ayant accès vers le cabinet médical, la salle paramédicale et le hall d'entrée
Blocs sanitaires	2	2x6m <sup>2</sup>	Comprenant chacun 2 W-C et un lavabo et donnant accès vers le hall
Hall d'entrée	1	6m <sup>2</sup>	A munir de double portes d'accès Vers la porte et vers la salle d'attente
Cabinet dentaire	1	15m <sup>2</sup>	Bien éclairé, chauffé, équipé d'un lavabo et doit disposer d'une alimentation électrique adaptée

\* : cabinet dentaire pour les U.D.S qui doivent en disposer.

## 2- Mobilier, matériel et instrumentation médicaux :

### 2.1 Cabinet médical :

#### 2.1.1. Mobilier :

- Bureau	(2)
- Chaise	(4)
- Paravent	(1)
- Classeur métallique	(1)
- Portemanteaux	(4)
- Banc	(2)
- Tabouret à vis hauteur variable	(2)
- Guéridon roulant	(1)
- armoire métallique	(1)

#### 2.1.2. Matériel médical :

- Pèse – personne	(1)
- Table d'examen	(1)
- Toise	(1)
- Echelle optométrique	(1)
- Armoire vitrée à pharmacie	(1)
- Poupinel P.M	(1)
- Escabeau à 2 marches	(1)
- Sceau à pédale	(2)
- Thermomètre	(2)

#### 2.1.3. Instrumentation :

- Tensiomètre pour adulte	(1)
- Tensiomètre pour enfant	(1)
- Stéthoscope	(1)
- Otoscope	(1)
- Marteau à réflexe	(1)
- Spéculum nasal	(1)
- Boite à instruments P.M	(1)
- Ciseaux droits	(1)
- Pincés à griffes	(2)
- Pincés sans griffes	(2)
- Tambour	(2)
- Haricot	(2)
- Abaisse-langue métallique	(2)
- Flacon pissette en plastique	(2)

### 2.2. Cabinet Dentaire :

#### 2.2.1. Mobilier :

- Bureau	(1)
- Chaise	(2)
- Classeur métallique	(1)
- Armoire vitrée	(1)
- Sceau à pédale	(1)

#### 2.2.2. Matériel :

- Fauteuil dentaire	(1)
- Unit dentaire	(1)
- Compresseur d'air	(1)
- Lampe dentaire (éclairage)	(1)
- Stérilisateur	(1)
- Siège opérateur	(1)
- Meuble dentaire (instruments)	(1)
- Radio dentaire	(1)

#### 2.2.3. Instrumentation :

##### Daviers

* Daviers supérieurs :	- Davier pour incisive du haut	(2)	
			- Davier pour canine du haut (2)
			- Davier pour prémolaire du haut (2)
			- Davier pour molaire du haut (2)
			(denture permanente)
			- Davier pour molaire du haut (2)
			- Davier à racines (1)
* Daviers inférieurs :	- Davier pour incisive du bas	(2)	
			- Davier pour canine du bas (2)
			- Davier pour prémolaire du bas (2)
			- Davier pour molaire du bas (2)

		(denture permanente)	
		- Davier pour molaire du bas	(2)
		- Davier à racines	(1)
Syndesmotomes :	- syndesmotome droit	(2)	
	- syndesmotome coudé	(2)	
Elévateurs :	- élévateur de Bernard	(1)	
	- élévateur droit	(2)	
	- élévateur américain droit	(1)	
	- élévateur américain gauche	(1)	
Miroir		(5)	
Excavateur		(2)	
Sonde		(3)	
Precelle		(3)	
Plateau en inox		(3)	
Boite de pulpectomie		(1)	
Seringue métallique		(1)	
Fraise pour turbine :	- boule	(1)	(1 boîte)
	- cylindrique	(1)	(1 boîte)
	- conique	(1)	(1 boîte)
Amalgamateur		(1)	
Pistolet à amalgame		(1)	
Matrice		(1)	
Porte-matrice		(1)	
Spatule à bouche		(1)	
Brunissoir		(1)	
Fouloir		(1)	
Plaque en verre		(1)	
Tambour		(2)	

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 02 DU 28 MAI 2000**  
**RELATIVE AUX TACHES ET OBLIGATIONS DES MEDECINS DE SANTE SCOLAIRE**

**DESTINATAIRES :**

Messieurs les Walis ;  
Monsieur le Directeur de la Prévention, de la Santé et de la Population de la Wilaya d'Alger  
Monsieur l'Inspecteur de l'Académie de la Wilaya d'Alger  
Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas  
Messieurs les Directeurs de l'Education des Wilayas  
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

**REFERENCES :**

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;  
Décret présidentiel n° 99-300 du 24 Décembre 1999 portant nomination des membres du gouvernement ;  
décret exécutifs n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique, modifié et complété ;  
Décret exécutif n° 94-265 du 6 Septembre 1994 fixant attributions du ministre de l'éducation nationale ;  
Décret exécutif n° 96-66 du 27 janvier 1996 fixant attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Arrêté interministériel n° 06 du 25 Octobre 1997 portant conditions de dispense de la pratique de l'éducation physique et sportive ;  
Circulaire interministérielle n° 495 du 21 Novembre 1983 relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène dans les établissements scolaires ;  
Circulaire interministérielle n° 05 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination ;  
Circulaire interministérielle n° 175 du 27 Décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire ;  
Circulaire interministérielle n° 01 du 06 avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire ;  
Instruction interministérielle n° 42 du 24 Mai 1981 relative à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire ;  
Instruction interministérielle n° 02 du 27 avril 1995 relative aux modalités de création, de gestion et de fonctionnement des unités de dépistage et de suivi dans les établissements scolaires ;  
Instruction interministérielle n° 03 du 24 Mai 1999 relative à la vaccination en milieu scolaire.

La réorganisation de la santé scolaire, mise en application depuis l'année 1994 nécessite dans sa mise en œuvre une coordination étroite à tous les niveaux entre les secteurs de la santé, de l'éducation et des collectivités locales ainsi que les associations de parents d'élèves.  
Afin de répondre à un besoin réel l'exprimé par les médecins exerçant en santé scolaire et les gestionnaires des établissements scolaires, des clarifications s'imposent concernant les missions qui leurs sont dévolues dans l'exercice de leur tâche quotidienne.  
L'objet de la présente instruction est donc de définir les tâches et obligations de ces médecins et ce quel que soit leur lieu d'exercice.

**Dispositions générales**

**1.1-Définition des tâches :**

Dans le cadre de la protection sanitaire en milieu scolaire, les médecins assurent, notamment, les activités suivantes :  
diagnostic et soins ;  
prévention générale et épidémiologie ;  
éducation sanitaire ;  
formation des personnels de santé.

**1.2- Programme des Activités :**

le programme annuel des activités de santé scolaire est établi, en début de chaque année scolaire, par le médecin de santé scolaire, en collaboration avec le médecin coordinateur de santé scolaire (et / ou le médecin chef du sous secteur) et les directeurs des établissements scolaires concernés.

Ce programme annuel précisera la liste des divisions pédagogiques que les médecins se proposent d'examiner lors des visites médicales systématiques de dépistage : au minimum , toutes les divisions pédagogiques des 4 classe cibles (1° AF , 2° AF , 7°AF et 1° AS ) ; ainsi que les activités de suivi, d'éducation sanitaire, de vaccination et de contrôle d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires relevant de l'UDS et ceci conformément aux objectifs et tâches prescrits en matière de protection sanitaire en milieu scolaire.

**1.3- Activités de dépistage et de suivi :**

Pour améliorer l'efficacité des activités de santé scolaire, le médecin doit :  
pratiquer une visite médicale systématique de dépistage minutieuse et précise,  
susciter la participation attentive des enseignants et des parents pour signaler certains troubles pouvant survenir en cours d'année,  
organiser l'installation d'un système de suivi rigoureux qui permet d'éviter toute déperdition.

Au niveau de l'UDS, la visite médicale systématique de dépistage comporte :  
une analyse des questionnaires (parents et enseignants des élèves de 1° et 2° AF)  
un interrogatoire,  
un examen physique

la visite médicale systématique de dépistage pourrait être suivie d'une prescription ou d'une éventuelle inscription au suivi.

Au niveau de l'UDS, le médecin établit un registre reclassant les élèves à suivre. Ce registre de suivi regroupera non seulement les élèves dépistés en visite médicale systématique en cours d'année, mais aussi les élèves recensés les années précédentes et qui doivent continuer d'être suivis.



Lors du suivi à l'UDS, et toujours en présence d'un parent pour chaque élève, l'entretien et l'examen médical se donneront pour but de :

préciser le diagnostic et l'expliquer au parent  
permettre puis s'assurer d'une prise en charge correcte.

Le médecin de santé scolaire est tenu au respect du secret médical.

Le médecin ayant pratiqué la visite médicale de dépistage est responsable du suivi et de l'évaluation (sauf pour ce qui relève de la compétence des chirurgiens-dentistes et psychologues de l'équipe de santé scolaire).

#### **1.4- Autres activités :**

##### **1.4.1- vaccination :**

le médecin de santé scolaire est chargé de l'organisation et de la réalisation de la vaccination en milieu scolaire en collaboration avec le médecin coordinateur de santé scolaire, le médecin chef du service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMPEP) et les directeurs des établissements scolaires relevant de l'UDS.

##### **1.4.2- éducation pour la santé :**

Les activités d'éducation pour la santé constituent une tâche prioritaire de l'équipe de santé scolaire. Le médecin de santé scolaire peut établir un programme d'éducation pour la santé conjointement avec les directeurs des établissements scolaires et les enseignants concernant les problèmes de santé prévalent à l'échelle locale.

##### **1.4.3- hygiène et salubrité des établissements scolaires :**

Outre les visites médicales systématiques de dépistage et la prise en charge des affections dépistées, les contrôles d'hygiène et de salubrité des établissements scolaires sont une tâche permanente de l'équipe de santé scolaire en collaboration avec le bureau communal d'hygiène.

##### **1.4.4- éducation physique et sportive :**

Dans le cadre de la pratique de l'éducation physique et sportive à l'école, le médecin de santé scolaire ne délivre le certificat de dispense qu'après un examen médical de l'élève et avis du médecin spécialiste si nécessaire.

##### **1.4.5- coordination intersectorielle :**

Le médecin de santé scolaire est membre du conseil de santé de l'école. A ce titre il est le conseiller technique de ce comité pour tout ce qui concerne la santé de la communauté éducative. Sa présence aux réunions du conseil de santé de l'école est obligatoire.

##### **1.4.6- évaluation :**

Pour évaluer les activités de santé scolaire le médecin de santé scolaire adresse chaque mois un rapport d'activité au Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMPEP) du secteur sanitaire.

##### **1.4.7- vacances scolaires :**

Pendant les vacances scolaires, outre son congé annuel, le médecin de santé scolaire établit ses bilans et rapports d'activité et assure le suivi des élèves nécessitant une prise en charge médicale, et il est dans l'obligation de suivre les sessions de formation organisées à son intention.

Cas particulier des médecins de santé scolaire exerçant au niveau des UDS installées dans des établissements scolaires :

Les médecins de santé scolaire peuvent, en tant que praticiens médicaux de santé publique, être mis en position d'activité dans des unités de dépistage et de suivi installées dans des établissements scolaires.

Quelque soit leur poste de travail et en toute circonstance nécessitant leur concours, ils sont astreints, dans le cadre des missions qui leurs sont dévolues, aux gardes réglementaires organisées au sein du secteur sanitaire.

L'affectation du personnel médical est opérée par le secteur sanitaire qui en assure la gestion administrative et technique, conformément à la réglementation et aux directives organisant les activités de santé scolaire.

Le contrôle technique et l'organisation des activités de l'unité de dépistage et de suivi (UDS) sont assurés par le secteur sanitaire.

La gestion et le fonctionnement de l'UDS sont assurés par le directeur de l'établissement scolaire. Celui-ci veille au bon déroulement des activités, dont cependant sur le plan médical et technique le médecin de santé scolaire de l'UDS est le seul responsable.

Le personnel médical est tenu au respect du règlement intérieur de l'établissement scolaire et assure une présence effective dans l'établissement ou les établissements qu'il couvre durant toute l'année scolaire.

LE MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA POPULATION

LE MINISTRE DE L'EDUCATION  
NATIONALE

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 03 DU 24 MAI 1999  
RELATIVE A LA VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE**

**DESTINATAIRES :**

- M. Le Directeur de la Prévention, de la santé et de la population du G.G. Alger
- M. L'Inspecteur de l'Académie du G.G Alger
- MM. Les Directeurs de la Santé et de la Population des wilayas
- MM. Les Directeurs de l'Education des Wilayas
- MM. Les Directeurs de secteurs sanitaires

**REFERENCES :**

- Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, modifiée et complétée.
- Décret n° 69-88 du 17 Janvier 1969 rendant obligatoire certaines vaccinations, modifié et complété notamment son article 16.
- Décret 85-282 du 12 Novembre 1985 rendant obligatoire la vaccination contre la rougeole.
- Arrêté ministériel du 14 Janvier 1997 portant le nouveau calendrier des vaccinations.

L'arrêté du Ministère de la Santé et de la population du 14 Janvier 1997 qui modifie le calendrier national des vaccinations répond à un nombre de préoccupations qui sont apparues ces dernières années.

En effet la mise au point d'un calendrier des vaccinations doit prendre en compte les aspects fondamentaux de la vaccination, à savoir la protection individuelle, la protection de groupe et les impératifs nés de l'épidémiologie des maladies cibles.

L'analyse de la situation épidémiologique montre que le recul des maladies du PEV chez le jeune enfant s'accompagne d'une augmentation de la réceptivité avec l'âge.

Cette situation nouvelle est universelle. En Algérie cet état de fait a incité au renforcement de la vaccination chez le nourrisson, le jeune enfant et la vaccination chez l'adolescent.

C'est dans ce cadre, compte tenu des faits observés et des tendances évolutives de ces maladies, que le nouveau calendrier des vaccinations a été adopté pour le renforcement de l'immunité et l'ajustement de la politique vaccinale au déplacement des maladies vers l'âge adulte.

L'objectif de la présente instruction est donc de fixer les modalités d'application du nouveau calendrier vaccinal en milieu scolaire.

**1 – Le calendrier des vaccinations :**

AGE DE LA VACCINATION	VACCINS
Naissance	BCG + POLIO ORAL
03 Mois	DTCOQ + POLIO ORAL
04 Mois	DTCOQ + POLIO ORAL
05 Mois	DTCOQ + POLIO ORAL
09 Mois	ANTIROUGEOLEUX
18 Mois	DTCOQ + POLIO ORAL
1 <sup>ère</sup> Année Fondamentale	Dt enfant + POLIO ORAL + ANTIROUGEOLEUX
6 <sup>ème</sup> Année Fondamentale	DT adulte + POLIO ORAL
1 <sup>ère</sup> Année Secondaire	DT adulte + POLIO ORAL
Tous les 10 ANS A PARTIR DE 18 ANS	DT adulte

## **2 – Population cible en milieu scolaire :**

- Tous les élèves de la 1<sup>ère</sup> Année Fondamentale (quel que soit l'âge) :  
DT enfant + Polio oral + Antirougeoleux
- Tous les élèves de la 6<sup>ème</sup> Année Fondamentale (quel que soit l'âge) : DT adulte + Polio oral.
- Tous les élèves de la 1<sup>ère</sup> Année Secondaire (quel que soit l'âge) : DT adulte + Polio oral.

**Note :** Les élèves de la 1<sup>ère</sup> Année Fondamentale justifiant d'un deuxième rappel fait, seront comptabilisés dans la population cible et la population vaccinée sans pour autant faire l'objet d'une revaccination.

## **3 – Techniques vaccinales :**

### **3.1 – Vaccination au DT**

#### **3.1.1 – présentation :**

Le DT se présente sous 2 formes : en flacons de 20 doses  
en flacon uni doses

- chez les élèves de 1<sup>o</sup> AF : utiliser le DT enfant.
- chez les élèves de 6<sup>o</sup> AF et 1<sup>ère</sup> AS :

#### **3.1.2 – Voies d'administration :**

Le DT peut être administré aussi bien par voie IM que par voie sous cutanée.

Utiliser une seringue de 2 ml montée d'une aiguille de 30 mm

Prélever 0,5 ml de vaccin.

Pour l'administration par voie I/M :

Désinfecter la peau à l'alcool et piquer dans le cadran supéro-externe de la fesse.

Retirer légèrement le piston pour s'assurer que l'aiguille n'est pas dans une veine.

Si une goutte de sang reflue, retirer l'aiguille, répéter l'opération et injecter la totalité du vaccin.

Pour l'administration par voie S/C :

Désinfecter la peau à l'alcool et piquer dans la fosse sous-épineuse ou au niveau de la face externe du bras.

Pincer la peau et pousser l'aiguille de biais sous la peau pincée.

Il ne faut jamais pointer l'aiguille perpendiculairement dans la peau.

Procéder ensuite de la même façon que pour la voie IM.

**Pour la vaccination suivante, changer de seringue et d'aiguille et  
procéder comme précédemment.**

#### **3.1.3 – Conservation :**

Le vaccin DT doit être conservée entre + 4 C° et + 8°C.

Il peut être installé à la partie basse du réfrigérateur. Sa congélation est absolument contre indiquée. La présence de particules floconneuses ou de sédiments au fond du flacon témoignent d'une congélation antérieure, et dans ce cas le vaccin ne doit pas être utilisé.

#### **3.1.4 – Réactions post-vaccinales :**

Le Dt peut donner lieu à :

- une hyperthermie dont la durée n'excède pas 24 à 48 h.
- un nodule généralement indolore au point au point d'injection, mais qui peut persister quelques semaines.  
Ce nodule disparaît sans laisser de traces.

### **3.2 – Vaccin antipoliomyélitique oral (VPO)**

#### **3.2.1- Présentation :**

C'est le vaccin vivant atténué trivalent Sabin contenant les 3 types de virus (1, 2 et 3). Il se présente sous forme liquide en flacon de 20 doses.

#### **3.2.2- Voie d'administration :**

Le VPO est administré par voie buccale à raison de 2 gouttes directement sur la langue. Si l'enfant rejette le vaccin, il faut refaire la prise.

#### **3.2.3- Conservation :**

Le VPO est un vaccin vivant atténué, il est donc particulièrement fragile. C'est le plus fragile de tous les vaccins du PEV.

Il doit être placé dans la partie haute du réfrigérateur et être conservé entre 0 °C et + 4 °C, à l'abri de la lumière, y compris pendant la séance de vaccination.

Le flacon entamé dans la journée doit être détruit en fin de séance de vaccination.

#### **3.2.4- Réactions post-vaccinales :**

Le VPO est un vaccin très bien toléré et les incidents sont exceptionnels.

### **3.3- Vaccination antirougeoleuse :**

### **3.3.1 – Présentation :**

Il s'agit du vaccin hyperatenué souche schwartz.

Le vaccin se présente sous forme lyophilisée en flacons de 10 doses avec une ampoule de 5 ml de solvant.

### **3.3.2 – Voies d'administration :**

Le vaccin est administré soit par voie sous cutanée dans la fosse sous-épineuse ou au niveau de la face externe du bras, soit par voie IM.

### **3.3.3 – Conservation :**

Comme tous les vaccins vivants, le vaccin antirougeoleux est thermosensible.

Le flacon doit être placé dans la partie haute du réfrigérateur et être conservé entre 0 °C et + 4 °C, à l'abri de la lumière, y compris pendant la séance de vaccination. Il doit être utilisé dans les 8 heures qui suivent sa reconstitution.

Le flacon entamé doit être détruit en fin de séance de vaccination.

### **3.3.4 – Réaction post-vaccinales :**

Dans l'ensemble, la vaccination antirougeoleuse est bien tolérée et les incidents et complications sont rares.

Toutefois la vaccination antirougeoleuse peut être suivie d'hyperthermie n'excédant pas 24 à 48 heures.

L'éruption cutanée, les convulsions et le choc anaphylactique sont exceptionnels.

Le vaccin antirougeoleux est contre-indiqué en cas de déficit immunitaire congénital ou acquis ainsi que chez les sujets souffrant d'une allergie connue à la néomycine, polymyxine et aux œufs de poules.

### **3.4- Vaccination au B.C.G :**

Le BCG doit être administré à tous les élèves de la 1<sup>ère</sup> Année Fondamentale non porteurs de cicatrice vaccinale. Dans tous les cas la vaccination au B.C.G se fait sans test tuberculitique préalable.

### **4 – Associations vaccinales :**

Tous les vaccins du PEV peuvent être associés. Tous les vaccins peuvent être administrés le même jour.

Un élève peut recevoir le même jour le DT, le VPO et le vaccin antirougeoleux.

### **5 – Déclaration des réactions post-vaccinales :**

Toutes les manifestations indésirables (réactions secondaires) liées à la vaccination doivent être déclarées en mentionnant : le nom et le prénom de l'enfant, la date de vaccination, le type de vaccin administré, le numéro du lot du vaccin et le type de réaction observée.

### **6- personnel chargé de la vaccination :**

Dans ce cadre, les équipes de santé scolaire sont chargées des activités de vaccination de la population scolaire conformément au nouveau calendrier en vigueur.

Ces équipes de santé scolaire (médecins et paramédicaux) sont chargées en collaboration avec le médecin coordinateur de santé scolaire et le médecin chef du SEMEP du secteur sanitaire de :

- Veiller à la captation de l'ensemble des élèves scolarisés,
- Maintenir une chaîne de froid correcte,
- Vacciner toute la population cible (tous les élèves de 1° AF, de 6° AF et de 1° AS),
- Rechercher les réactions post-vaccinales et les déclarer,
- Evaluer les activités de vaccination selon un canevas bien déterminé (voire annexe).

### **7- Lieux de vaccination :**

Les activités de vaccination doivent se dérouler au niveau :

- des U.D.S
- des établissements scolaires

### **8 - Logistique :**

La direction du secteur sanitaire est chargée de mettre à la disposition des équipes de santé scolaire tous les moyens nécessaires à la réalisation de ces activités de vaccination : personnels, véhicules, glacières, consommables, réfrigérateur au niveau de l'UDS,.....

### **9 – Evaluation :**

L'évaluation des activités de vaccination en milieu scolaire doit être établie conformément au canevas joint en annexe.

### **10 – Coordination intersectorielle :**

Les activités de vaccination en milieu scolaire nécessitent une collaboration étroite entre les personnels des secteurs de la santé et de l'éducation.

LE MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE LA POPULATION

LE MINISTERE DE L'EDUCATION  
NATIONALE

**ANNEXE**  
**EVALUATION DE LA VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE**

**WILAYA :**

**SECTEUR SANITAIRE :**

**ANNEE SCOLAIRE :**

**TRIMESTRE :**

CLASSE	POPULATION CIBLE	POPULATION VACCINEE DTP	TX CV %DTP	POPULATION VACCINEE V.Antirougeoleux	TX CV % V.Antirougeoleux
1 <sup>ère</sup> AF					
6 <sup>ème</sup> AF					
1 <sup>ère</sup> AS					
TOTAL					

**NOMBRE D'ENFANTS VACCINES AU B.C.G :**

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE DU 27 OCTOBBRE 2002  
RELATIVE AU RENFORCEMENT DU PROGRAMME DE SANTE SCOLAIRE**

**DESTINATAIRES :**

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des Wilayas.  
Monsieur l'inspecteur d'Académie de la wilaya d'Alger  
Mesdames et Messieurs les Directeurs de l'Education des Wilayas  
Mesdames et Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires  
En communication aux Services d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (S.E.M.E.P) aux Equipes de santé scolaire.

L'évaluation du programme national de santé scolaire et l'analyse de la situation sanitaire en milieu scolaire ont montré que des mesures de renforcement, nécessitant la mobilisation des professionnels de la santé et de l'éducation, doivent être mises en œuvre. En application des Recommandations des Assises Nationales de la Santé scolaire qui se sont déroulées les 09 et 10 juillet 2002 à Zéralda et afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des activités de santé scolaire, le programme de santé scolaire devra être renforcé et consolidé par la réalisation d'une première série d'action.

Les responsables de la santé et de l'Education devront veiller, durant l'année scolaire 2002-2003, d'une part au maintien des performances acquises dans le cadre des activités réalisées en milieu scolaire ; et d'autre part à l'application et au suivi leur accordant une importance particulière, aux tâches suivantes ;

Mettre en place, au niveau de chaque secteur sanitaire ou à défaut de chaque wilaya, en fonction des moyens humains, infrastructurels et matériels, une U.D.S de référence où se dérouleront les activités suivantes,

La coordination des activités de santé scolaire.

La collecte et le traitement de l'information sanitaire,

L'organisation des circuits de prise en charge des affections dépistées nécessitant le recours aux médecins spécialistes (pédiatre, cardiologue, O.R.L ophtalmologie...)

L'organisation de la formation continue des personnels,

la prise en charge psychologique.

\* Susciter une émulation par l'organisation, chaque année, d'un concours qui primera la meilleure U.D.S de chaque wilaya en vue de l'amélioration des performances des U.D.S compte tenu notamment du taux de réalisation des objectifs fixés et de la qualité des prestations fournies.

Maintenir, durant les vacances scolaires, le fonctionnement des U.D.S, notamment en matière de suivi et de prise en charge des affections chroniques et les aider à développer, avec les autres secteurs concernés, des actions de proximité (information, sensibilisation et prise en charge) en faveur des enfants et des adolescents.

Renforcer les moyens humains et matériels des U.D.S. implantées dans les établissements scolaires comme dans les polycliniques et centres de santé en fonction des normes définies.

Doter les UDS d'un budget adéquat nécessaire à la réalisation des activités de santé scolaire y compris pour les actions d'éducation sanitaire et de communication sociale.

Impliquer de façon plus étroite les parents et les enseignants dans le dépistage, dès la première année de scolarisation, des anomalies sensorielles (visuelle et auditive) et autres affections nécessitant un dépistage précoce.

Dans ce cadre les questionnaires-enseignants et les questionnaires – parent devront être remplis et remis aux équipes de santé scolaire avant la visite médicales systématique de dépistage.

Assurer, en liaison avec l'U.D.S de référence et les unités de lunetterie et d'appareillage pour handicapés, la prise en charge des enfants ayant une baisse de l'acuité visuelle ou atteints d'un autre handicap.

Améliorer le dépistage et la prise en charge de la pathologie bucco-dentaire en amplifiant le programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire et veillant à la disponibilité des moyens de dépistage, de prise en charge et d'éducation sanitaire.

Une attention particulière sera accordée à la disponibilité des consommables et à la protection contre des risques infectieux des personnels et des patients, notamment les affections virales transmissibles par le sang.

Renforcer les contrôles médico-sportifs en milieu scolaire et promouvoir la pratique de l'éducation physique et sportive

10-Accorder une place privilégiée à l'éducation à l'éducation sanitaire et la communication sociale en milieu scolaire en :

dynamisant les campagnes d'éducation sanitaire et de communication sociale avec une attention plus grande aux problèmes liés au genre, à la lutte anti-tabac et contre les toxicomanies, suscitant la création de « Clubs de Santé » dans les établissements scolaires

11- renforcer les cantines scolaires, dynamiser la formation de leurs gestionnaires et assurer les contrôles d'hygiène et de salubrité.

Le Ministre de la Santé  
de la Population et de la  
Réforme Hospitalière

Le Ministre  
de l'Education Nationale

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE DU 07 MAI 2001**  
**RELATIVE AU PROGRAMME NATIONAL DE SANTE**  
**BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE**

Destinataires :

Mesdames et Messieurs les Walis  
Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population.  
Messieurs les Directeurs de l'Education de Wilaya.

Références :

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et promotion de la santé modifiée et complétée.  
Circulaire interministérielle n° 175 du 29 décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.  
Circulaire interministérielle n° 176 du 29 décembre 1989 relative à la coordination des activités de santé scolaire.  
Circulaire interministérielle n° 1 du 06 Avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire.  
Instruction interministérielle n° 42 du 24 Mai 1981 relative à l'évaluation périodique des programmes annuels de protection de la santé en milieu scolaire.  
Instruction interministérielle n° 2 du 27 Avril 1995 relative aux modalités de création de gestion et de fonctionnement des unités de dépistage et de suivi dans les établissements scolaires.  
Instruction interministérielle n° 144 du 24 Mars 1997 portant normalisation des locaux et des équipements d'une U.D.S de santé scolaire.

L'évaluation du programme de santé scolaire atteste que la carie dentaire est la pathologie la plus fréquente en milieu scolaire. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place une stratégie de lutte contre cette pathologie qui peut être à l'origine de pathologies systémiques beaucoup plus graves.

Trois mesures prophylactiques essentielles protègent des pathologies bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrées (la carie et la gingivopathie) :

Une hygiène bucco-dentaire correcte et rigoureuse.  
Un comportement sain vis à vis des hydrates de carbone.  
Une visite de dépistage systématique tous les six mois.

Le Ministère de la Santé et de la Population en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale a décidé de mettre en place un programme axé sur l'éducation pour la santé bucco-dentaire.

Ainsi, un programme de « Santé Bucco-dentaire en milieu Scolaire » a été élaboré.  
Ce programme fixe les objectifs, la stratégie de mise en œuvre et le mode d'évaluation.

**Dispositions générales :**

Le programme National de Santé Bucco-dentaire en milieu Scolaire est dirigé et évalué à l'échelle de la Wilaya par la Direction de la Santé et de la Population.

Il est dirigé, coordonné et évalué à l'échelle du secteur sanitaire par un chirurgien-dentiste positionné au niveau du service d'épidémiologie et de médecine préventive et désigné comme chirurgien-dentiste coordinateur de santé scolaire.

Il est dirigé et coordonné à l'échelle du sous-secteur par un chirurgien-dentiste de santé scolaire en collaboration avec le médecin coordinateur du sous secteur.

Il est exécuté par un chirurgien-dentiste de santé scolaire ou tout autre chirurgien-dentiste de santé publique.

**Le Programme National de Santé bucco-dentaire** est axé sur :

Essentiellement l'éducation sanitaire avec notamment l'apprentissage du brossage dentaire dans les établissements scolaires

Pour atteindre cet objet les moyens suivants sont nécessaires :

Pour le traitement conservateur, le sous secteur doit réserver un cabinet dentaire pendant deux à trois demi-journées par semaine dont le lundi après midi et pendant les vacances scolaires tous les après midi pour la prise en charge des enfants orientés.

Le chirurgien-dentiste de santé scolaire peut prendre en charge ses patients au niveau de ce cabinet.

U.D.S sans chirurgien-dentiste ni équipement dentaire :

Tous les chirurgiens-dentistes du sous secteur sont concernés par ce programme.

Ils doivent assurer à temps partiel l'éducation sanitaire, le dépistage et le traitement conservateur.

Chaque cabinet dentaire du sous-secteur doit réserver une à deux demi-journées pour la prise en charge des enfants orientés dont le lundi après midi et, pendant les vacances scolaires tous les après-midi.

**2.2- Le Dépistage**

Il doit se faire par un chirurgien-dentiste dans le local désigné à cet effet et avec un plateau de consultation contenant sonde et miroir.

L'enseignant participe à la visite de dépistage

Il signale certains problèmes de santé de l'élève et remet les convocations pour le suivi.

**2.3- L'Education Sanitaire**

Elle se fait en salle de classe, par un chirurgien-dentiste en collaboration avec l'enseignant.

Celui ci doit être formé à cet effet dans le cadre du programme d'éducation sanitaire intégré à l'enseignement fondamental et / ou sous forme de formation continue dans le cadre des journées pédagogiques.

L'enseignant doit aussi prendre le relais du chirurgien-dentiste pour assurer les séances de brossage.

En absence de chirurgien-dentiste, le personnel paramédical peut assurer pour l'éducation sanitaire.

Pour cela, il doit être préalablement formé à l'éducation sanitaire (notamment bucco-dentaire) dans le cadre de la formation continue.

**2.4- Le Suivi :**

Le suivi consiste à :

Infrastructures : sanitaires avec eau courante et miroirs au dessus des lavabos.

Moyens matériels : brosses à dents et dentifrice fluoré.

Dans les zones endémiques de fluorose à savoir : El Oued, Tougourt, Biskra, Timimoun, Ouargla et Ghardaïa le dentifrice ne doit pas contenir du fluor.

Une consultation de prévention pour un dépistage précoce.

Elle doit se faire dans un cabinet dentaire, à défaut dans un local adéquat désigné à cet effet, ou bien le cas échéant, dans le cabinet médical.

le traitement conservateur des caries du 1<sup>er</sup> degré (amélopathies) et les Caries du second degré (dentinopathies).

Les autres stades de carie doivent être pris en charge dans les cabinets dentaires de santé publique autres que ceux désignés pour ce programme.

### **1.3- Les classes cibles sont les suivants :**

Première Année Fondamentale (1<sup>ère</sup> AF), deuxième année fondamentale (2<sup>ème</sup> AF), quatrième année fondamentale (4<sup>ème</sup> AF), septième année fondamentale (7<sup>ème</sup> AF) et première année secondaire (1<sup>er</sup> AS).

#### **Activités de dépistage, d'éducation sanitaire et de suivi**

2.1- Le Programme National de Santé Bucco-Dentaire en Milieu Scolaire concerne tous les chirurgiens-dentistes de santé publique mais en premier lieu, les chirurgiens-dentistes de santé scolaire et doit être exécuté comme suit :

Dans les U.D.S avec chirurgien-dentiste et équipement dentaire :

Le chirurgien-dentiste doit assurer le dépistage, l'éducation sanitaire et le traitement conservateur.

Dans les U.D.S avec chirurgien-dentiste mais sans équipement dentaire :

Le chirurgien-dentiste de l'U.D.S doit assurer le dépistage et l'éducation sanitaire.

Pour le traitement conservateur, le sous secteur doit réserver un cabinet dentaire pendant deux à trois demi-journées par semaine dont le lundi après midi et pendant les vacances scolaires tous les après-midi, pour la prise en charge des enfants orientés.

Le chirurgien-dentiste de santé scolaire exerçant dans l'UDS peut prendre en charges ses patients au niveau de ce cabinet.

Dans le cas où il n'y a pas d'U.D.S

Le chirurgien-dentiste de santé scolaire doit assurer le dépistage et l'éducation sanitaire dispenser le traitement médical des gingivopathies et toute autre pathologie buccale dépistée ainsi que le traitement conservateur des caries du 1<sup>er</sup> et second degré contrôler la prise en charge des enfants orientés vers les cabinets du sous secteur désignés à cet effet. Les enfants doivent se présenter aux cabinets dentaires accompagnés de leurs parents.

#### **Coordination intersectorielle**

3.1- Les inspecteurs de la circonscription, les chefs d'établissements, les enseignants doivent collaborer avec les chirurgiens-dentistes aux activités de sensibilisation et d'information en direction de la population générale (journées « porte ouvertes » conférences-débats, réunions avec les associations des parents d'élèves ...)

3.2- pour assurer les séances de brossage dans de bonnes conditions, les sanitaires des établissements scolaires doivent être équipés de réserves d'eau et des miroirs doivent être installés au dessus des lavabos.

3.3- Le transport des élèves et enseignants vers l'U.D.S et du chirurgien-dentiste vers les écoles doit être assuré par les collectivités locales (A P C)

Evaluation

Le Ministère de la Santé et de la Population qui assure le suivi et l'évaluation de ce programme doit recevoir régulièrement les supports d'évaluation trimestriels et annuels de toutes les Wilayas.

Nous attachons une attention particulière à l'application des ces dispositions afin de permettre la promotion de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés.

**Le Ministre de la Santé  
et de la Population**

**Le Ministre de l'Education  
Nationale**



Le Ministre  
N° 009 /MSPRH/MIN

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 009 DU 25 DECEMBRE 2004**  
**RELATIVE AU RENFORCEMENT DES ACTIVITES DU PROGRAMME NATIONAL**  
**DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE**

**DESTINATAIRES**

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population  
Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U.  
Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires

**REFERENCES**

Circulaire Interministérielle n° 05 du 22 janvier 1985 relative à la prise en charge des affections dépistées en milieu scolaire et à la coordination.  
Circulaire Interministérielle n° 175 du 27 décembre 1989 relative à la coordination des activités de protection sanitaire en milieu scolaire.  
Circulaire Interministérielle n° 1 du 27 avril 1994 portant plan de réorganisation de santé scolaire  
Circulaire Interministérielle du 07 mai 2001 relative au programme national de santé Bucco-Dentaire en milieu Scolaire.  
Instruction Ministérielle n° 19 du 19 novembre 2002 relative à la prévention des hépatites virales, du VIH et des accidents d'exposition au sang en pratique dentaire.  
Instruction Ministérielle n° 116 du 21 octobre 2003 relative au fonctionnement optimal des cabinets dentaires par rentabilisation des ressources humaines et matérielles.

Dans le cadre de la consolidation du programme national de santé Bucco-Dentaire en Milieu Scolaire, et à l'issue de l'évaluation des trois premières années de son application, il apparaît nécessaire que des dispositions soient afin d'atteindre les objectifs fixés. En effet, il a été constaté que :

Les indicateurs de la santé bucco-dentaire issus du dépistage effectué dans le cadre de la consultation de prévention présentent un écart évident avec l'état clinique réel de la population cible.

En effet , si l'on compare les indices de caries à la référence OMS pour le CAO, l'état bucco-dentaire des enfants scolarisés serait bon à 6 ans et 15 ans, très bon à 9 ans et 12 ans ( voir bilan 2003/04 ) ce qui n'est pas le cas au vu des autres paramètres tels que la prévalence carieuse qui est de 63%, 56%, 43% et 44% respectivement à 6-7 ans, 9 ans, 12 ans et 15 ans et la densité de carie calculée à partir du dépistage effectué en cabinet dentaire qui est de 2,8 caries / bouche et surtout du constat alarmant des praticiens de terrain par rapport à l'état bucco-dentaire de la population scolaire .

L'éducation sanitaire se fait sous forme de campagnes ponctuelles à l'occasion de « journées portes-ouvertes » ou seulement pendant la consultation de dépistage.

La prise en charge est très faible face à une demande en soins sans cesse croissante.

Ce sont là quelques unes des raisons pour lesquelles il apparaît nécessaire de prendre de nouvelles dispositions pour assurer l'application rigoureuse et effective du programme nationale de santé Bucco-dentaire en Milieu scolaire afin que la santé bucco-dentaire soit abordée dans le cadre général de la prise en charge sanitaire de l'enfant au même titre que toute autre maladie.

Il est vrai que la stratégie du programme est en faveur de la prévention qui commence par un brossage dentaire correct et régulier mais, même si l'accent doit être mis sur les activités d'éducation sanitaire, une approche globale doit être envisagée afin que toutes les activités du programme se déroulent selon les modalités décrites par les fiches techniques de chacune d'elles figurant dans le manuel du programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire.

Aussi, et pour surmonter les problèmes et contraintes rencontrés, il est impératif de prendre les mesures suivantes :

Veiller au respect de l'application des instructions et circulaires relatives à la santé bucco-dentaire (Circulaire Interministérielle du 07 mai 2001, Instruction Ministérielle N° 19 du 19 novembre 2002, Instruction Ministérielle N° 116 du 21 octobre 2003).

Organiser une formation de mise à niveau de tout le personnel concerné par le « Programme National de santé Bucco-dentaire en milieu scolaire » (chirurgien-dentiste scolaires et autres) et ce avec la collaboration des chirurgiens-dentistes formés par la direction des Actions Sanitaires Spécifiques pour la mise en application de ce programme.

Informier du programme toutes les personnes qui interviendront dans sa mise en application, en premier lieu les chirurgiens – dentistes mais aussi les responsables et gestionnaires à tous les niveaux du programme de santé scolaire afin d'installer une bonne coordination intra sectorielle.

Améliorer les conditions de la consultation systématique de dépistage afin que l'appréciation clinique soit traduite en paramètres bucco-dentaires le plus rigoureusement possible et selon le protocole adopté par la fiche technique prévue à cet effet.

Mettre en place l'organisation nécessaire pour une prise en charge de l'enfant orienté (désignation d'un ou plusieurs cabinets dentaires fonctionnels, approvisionnement régulier en produits dentaires consommables...).

Exploiter les supports d'évaluation et, en tenant compte des autres paramètres du terrain (personnel, équipements...).

Analyser la situation et définir périodiquement les actions à mener selon les besoins du moment. Lorsque les besoins sont nombreux il faut établir des priorités (par rapports aux composants du programme) ; par exemple : si l'effectif des chirurgiens-dentistes (de santé scolaire et autres) ne permet pas de prendre en charge la totalité des classes cibles au moins pour le dépistage et le volet principal qui est l'éducation sanitaire, alors il faudra recruter du personnel ; à défaut, réduire le nombre des classes cibles en priorisant les plus jeunes enfants.

Il est à noter que le support d'évaluation de la prise en charge peut aider à évaluer le rendement d'un cabinet dentaire par rapport aux moyens mis à disposition.

Lors de l'établissement des prévisions budgétaires du secteur sanitaire, il faut associer le chirurgien – dentiste coordinateur de santé scolaire afin d'exprimer et argumenter les besoins en moyens humains et matériels pour le bon déroulement du programme à l'instar du chirurgien- dentiste coordinateur de sous secteur pour qui les besoins pour la prise en charge de la population générale peuvent être différents.

J'attache une importance particulière à l'application de la présente instruction et vous demande de bien vouloir en assurer la plus large diffusion auprès des structures concernées.

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 02 DU  
RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME EN MILIEU SCOLAIRE**

**DESTINATAIRES :**

\*Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population.

En Communication :

à Mesdames et Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires,  
aux médecins coordinateurs de santé scolaire ;  
aux praticiens des Unités de dépistage et de suivi de santé scolaire (UDS).

\*Monsieur l'Inspecteur d'Académie de la Wilaya d'Alger

\*Mesdames et Messieurs les Directeurs de l'Education des Wilayas

**REFERENCES :**

\*Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée, notamment ses articles 36- et 64.

\*Décret exécutif n° 01-285 du 6 Rajab 1422 correspondant au 24 Septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction.

La lutte contre le tabagisme en milieu scolaire revêt un caractère fondamental pour la promotion et la protection de la santé de l'ensemble de la population.

En effet, en inculquant aux enfants des connaissances, des qualifications et des pratiques saines vis-à-vis du tabac pour le proscrire totalement, on leur confère non seulement la capacité de mener une vie saine sans tabac mais également la capacité d'être les agents du progrès sanitaire représenté par le bannissement du tabac au sein de leur famille et de leur communauté. C'est la raison pour laquelle les Directeurs de la santé et de la population, les Directeurs de l'Education en liaison avec les Directeurs d'établissements, les coordinateurs et les praticiens de la santé scolaire doivent intégrer dans le programme de santé scolaire comme action prioritaire de lutte contre tabagisme, et ce dès la rentrée scolaire 2002/2003.

Les activités à développer dans ce cadre doivent être permanentes et soutenues et ne pas être limitées aux périodes habituelles retenues pour la lutte anti-tabac (à l'approche de la journée mondiale de lutte contre le tabac, le 31 mai de chaque année).

Les actions à développer en terme d'information sur la loi et la réglementation anti-tabac, de communication et d'éducation pour la santé sur les méfaits du tabac et les mesures de prévention, les méthodes de sevrage, les bienfaits d'une vie sans tabac, active et productive doivent cibler non seulement les enfants et adolescents scolaires comme non scolarisés, mais également.

Les familles

Les Associations de parents d'élèves

Les Directeurs d'établissements scolaires

Les Inspecteurs de l'éducation

Les enseignants.

Dans ce cadre, il est demandé aux Directeurs de la Santé et de la Population et aux Directeurs de l'Education de prendre l'initiative de l'installation d'un comité de lutte contre le tabac autour de chaque UDS et lui confier comme action prioritaire la promotion d'un environnement scolaire favorable où l'usage du tabac est interdit.

Le comité de lutte contre le tabac de chaque U.D.S devrait être constitué des membres suivants :

Le Directeur de l'établissement siège de l'UDS, Président

les Directeurs des établissements couverts par l'UDS

les Inspecteurs de l'Education territorialement compétents

un enseignant par établissement couvert

le médecin coordinateur de santé scolaire

le ou les praticiens de santé scolaire de l'UDS

le ou les Présidents d'Associations de parents d'élèves

le ou les représentants des A.P.C concernés.

Lorsque l'UDS est implantée dans une structure de santé, la présidence du comité de lutte contre le tabac est assurée par le Directeur de l'établissement couvert le plus important en terme d'effectif des élèves.

Les missions du comité de lutte contre le tabac concerneront particulièrement.

la définition et la mise en œuvre d'une politique d'interdiction de la vente de produits du tabac aux enfants et adolescents aux abords des établissements scolaires.

L'interdiction à faire respecter par les Directeurs d'établissements et les Inspecteurs de l'Education de l'usage du tabac dans les établissements scolaires qui doivent devenir des ESPACES LIBERES DU TABAC, conformément à la loi et à la réglementation.

Le développement par l'éducation sanitaire, l'information et la sensibilisation des capacités des élèves, enseignants et autres personnels à acquérir des aptitudes vitales qui peuvent leur permettre de se défendre de la tentation de fumer.

A cet effet toutes les techniques d'information, d'éducation et de communication pour la lutte contre le tabac devront être mises en œuvre faisant appel aux supports disponibles ou pouvant être réalisés également.

La plus grande importance doit être accordée à l'application de la présente instruction dont les Directeurs de la Santé et de la Population en son avec les Directeurs de l'Education devront initier et suivre la mise en œuvre et faire Rapport de l'état d'application à l'échéance du mois de novembre 2002

**Le Ministre de la Santé  
de la Population et de la Réforme Hospitalière**

**Le Ministre de l'Education  
Nationale**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

LE MINISTRE DE LA SANTE

05 JUIN 2004

Madame et Messieurs les Walis – Cabinet  
Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population  
En communication à Mesdames et Messieurs les Directeurs des secteurs sanitaires

**Objet : - Couverture sanitaire des élèves durant la saison estivale**

Dans le cadre du maintien de la couverture sanitaire des élèves et du suivi de la prise en charge des affections dépistées, j'ai l'honneur de vous demander de maintenir durant les vacances scolaires d'été, le fonctionnement des unités de dépistage et de suivi (UDS) et notamment celles installées dans les établissements scolaires.

A cet effet une séance de travail réunissant les responsables de la santé, de l'éducation et des collectivités locales, devra avoir lieu avant la fin de l'année scolaire afin d'établir le programme des activités des UDS durant cette période, mobiliser les équipes de santé scolaire et coordonner leurs actions pour la réalisation de ces activités et informer les chefs des établissements scolaires concernés.

Au niveau des unités de dépistage et du suivi (UDS) des équipes de santé scolaire devront :

- Assurer le suivi et la prise en charge des élèves dépistés durant l'année scolaire écoulée et nécessitant un suivi et des contrôles réguliers
- Organiser la vaccination des élèves qui n'auraient pas été vaccinés durant l'année scolaire écoulée. Les convocations des élèves nécessitant un suivi, une prise en charge ou un vaccination se fera en collaboration avec les chefs d'établissements scolaires concernés
- Organiser les séances d'éducation sanitaire dans les lieux de regroupements d'enfants tels que les colonies et centres de vacances et de loisirs. Ces séances auront pour thème les affections et accidents liés à la saison estivale tels que : insulations, conjonctivites, noyades, piqûres d'insectes ou d'animaux venimeux, toxi-infections alimentaires, maladies à transmission hydrique.
- Evaluer les activités de l'année scolaire écoulée
- Etablir un plan d'action pour la rentrée scolaire prochaine

J'attache une importance particulière à la mise de ce dispositif et au déroulement des activités dont vous voudrez bien procéder à l'évaluation et en faire rapport à la direction des actions sanitaires spécifiques en faisant part des contraintes et des difficultés rencontrées.

**LE MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**PR. REDJIMI MOURAD**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DES ACTIONS  
SANITAIRES SPECIFIQUES  
N° 913 /MSPRH /DASS

ALGER LE 20 DEC. 2004

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population  
En Communication A Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires

**OBJET – Couverture sanitaire en milieu scolaire**

p.j - Liste des nouvelles unités dépistage et de suivi (UDS) de santé scolaire nouvellement réceptionnées

Dans le cadre de l'amélioration de la couverture sanitaire en milieu scolaire et afin de pouvoir doter de façon rationnelle toutes les UDS et particulièrement celles réceptionnées récemment en moyens humains il vous est demandé de :

- Procéder au redéploiement des équipes de santé scolaire assurant la couverture des élèves au niveau des unités des dépistage et de suivi (UDS) selon les normes fixées par la circulaire interministérielle n° 01 du 06 Avril 1994 portant plan de réorganisation de la santé scolaire .

Ce redéploiement ne doit en aucun cas perturber les activités programmées par les équipes de santé scolaire mais il visera particulièrement à combler les insuffisances en moyens humains des nouvelles UDS qui en sont dépourvues.

- Procéder aux nouveaux recrutements nécessaires et affecter les personnels de santé recrutés (médecins, chirurgiens dentiste, psychologues et paramédicaux) aux activités de santé scolaire.

- En cas d'insuffisance de postes budgétaires, il y'a lieu d'exprimer les besoins en personnels de santé (médecins, chirurgiens dentiste, psychologues et para médicaux) a affecter aux UDS dépourvues en moyens humains notamment celles qui ont été nouvellement réceptionnées et les prévoir dans votre Plan de Gestion des Ressources Humaines.

- L'état des besoins qui devra être transmis dans les meilleurs délais à la Direction de l'Administration Générale et la Direction des Actions Sanitaires Spécifiques du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière devra préciser, en plus du nombre et profils des personnels, le nom et le lieu précis de L'UDS ainsi que l'effectif des élèves à couvrir.

J'attache une importance particulière à la réalisation de cette opération et vous demande de me transmettre, dans les meilleurs délais, l'état de vos besoins.

LE DIRECTEUR DES ACTIONS  
SANITAIRES SPECIFIQUES  
**PR. A. SEMIR**

**Arrêté interministériel du 23 Joumada Ethania 1418 correspondant au 25 octobre 1997  
portant conditions de dispense de la pratique de l'éducation physique et sportive.**

Le ministre de l'éducation nationale,  
Le ministre de la santé et de la population et  
Le ministre de la jeunesse et des sports,

Vu l'ordonnance n° 76-35 du 16 avril 1976 portant organisation de l'éducation et de la formation, notamment l'article 25-6° ;  
Vu la loi 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu l'ordonnance n° 95-09 du 25 Ramadhan 1415 correspondant au 25 février 1995 relative à l'orientation, l'organisation et le développement du système national de culture physique et sportive, notamment l'article 6 ;  
Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juillet 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 90-118 du 30 avril 1990, complété, fixant les attributions du ministre de la jeunesse et des sports;  
Vu le décret exécutif n°94-265 du 29 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 6 septembre 1994, fixant les attributions du ministre de l'éducation nationale ;  
Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan1416 correspondant au 27 janvier1996, fixant les attributions du ministre de la santé et de la population;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : La pratique de l'éducation physique et sportive en tant que discipline d'enseignement est obligatoire pour tous les élèves.

**Article 2** : Il peut être accordé, exceptionnellement et pour des raisons de santé, des dispenses pour les élèves présentant des affections contre indiquées pour la pratique des activités physiques et sportives.

**Article 3** : Il peut être également délivré des dispenses spécifiques pour la pratique de certaines activités physiques et sportives.

**Article 4** : Les certificats de dispense sont délivrés par le médecin de santé scolaire après visite médicale de l'élève et étude de son dossier médical établi par un médecin spécialiste.

**Article 5** : La durée de validité de la dispense doit être mentionnée sur le certificat de dispense et ne peut être renouvelée, le cas échéant, que dans les mêmes formes fixées à l'article 4 ci-dessus.

**Article 6** : Si les services de la santé scolaire sont inexistantes au niveau du lieu de résidence de l'élève, le certificat de dispense peut être délivré par un médecin assermenté.

La procédure prévue à l'article 4 ci-dessus est engagée lors de la visite de médecin de santé scolaire dans l'établissement.

**Article 7** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 Joumada Ethania 1418 correspondant au 25 octobre 1997

Le ministre de l'éducation nationale  
**Boubekeur BENBOUZID**

Le ministre de la santé et de la population  
**Yahia GUIDOUM**

Le ministre de la jeunesse et des sports  
**Mohamed Aziz DEROUAZ**

Ministère du Travail et de la  
Sécurité Sociale

Ministère de l'Education  
Nationale

Ministère de la Santé  
et de la Population

N° 091

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE DU 25 MARS 2002 RELATIVE A L'IDENTIFICATION DE LA  
NATURE DES AFFECTIONS CHRONIQUES DONT SOUFFRENT CERTAINS ENSEIGNANTS**

Les conditions et modalités de prise en charge des maladies dont souffrent une partie des personnels enseignants constituent une revendication permanente de la part des représentants de cette catégorie professionnelle. Elle figure régulièrement sur les différentes plates-formes de revendications.

Cette question ne manque pas d'avoir des répercussions négatives sur le climat social engendrant des tensions sur les relations socio-professionnelles dans le secteur de l'Education.

A la suite de la réitération récente de la même démarche, le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale a réuni le 26 février 2002 la Commission des Maladies Professionnelles qui s'est penchée exclusivement sur le dossier présenté par le Ministère de l'Education Nationale. Au cours de cette séance, il a été constaté qu'en l'état actuel des données disponibles. La Commission des Maladies Professionnelles ne peut se prononcer d'une manière objective sur ces données.

Après avoir analysé toutes les démarches et abouti à des résultats fondés sur des critères scientifiques et techniques. La Commission examinera chaque cas sur la base de ces résultats tout en prenant en considération les aspects réglementaires et sociaux.

C'est à ce titre que la commission a retenu le principe de faire préciser dans une première phase un certain nombre de diagnostics formulés de manière approximative sur l'état transmis par le Ministère de l'Education Nationale et ce en étroite collaboration avec les parties concernées afin d'identifier la nature précise des affections chroniques dont souffrent certains enseignants.

Afin de mener cette opération dans les meilleures conditions, il est demandé au Médecin Chef de Wilaya de la Caisse Nationales des Assurances Sociales (CNAS) de tenir des réunions de coordination avec le Directeur de l'Education et le Directeur de la Santé et de la Population ou leurs représentants en vue d'organiser la prise en charge des dossiers de leur wilaya par les équipes médicales concernées. Un programme de consultation doit être établi au niveau de chaque wilaya de manière à clôturer l'opération dans un délai de 30 jours à compter de la date de signature de la présente instruction.

L'équipe médicale désignée pourra solliciter en cas de besoin tout avis spécialisé pour remplir sa mission qui est de préciser la nature de l'affection à priori comme étant une maladie chronique dont souffre l'enseignant.

Il est bien entendu que l'équipe médicale n'a pas un rôle d'expertise et n'a pour mission de se prononcer sur la reconnaissance de l'affection comme maladie professionnelle ce qui est le rôle du contrôle médical de la CNAS.

La liste des enseignants concernés accompagnée d'un état récapitulatif par pathologie, selon les formulaires ci-joints, seront transmis au Secrétariat de la Commission des Maladies Professionnelles, au plus tard 15 jours après clôture de l'opération.

Le Ministre du Travail et de la  
Sécurité Sociale

Le Ministre de l'Education  
Nationale

Le Ministre de la Santé  
et de la Population

**GUIDE DU DEROULEMENT DE L'EXAMEN CLINIQUE DES ENSEIGNANTS PRESENTANT UNE MALADIE CHRONIQUE**

Le but de l'examen clinique des enseignants atteints de maladies chroniques est de déterminer avec précision la nature des affections.

Afin de standardiser cet examen, il est utile de respecter ces consignes

- I- Le dossier médical utilisé est celui de la médecine du travail validé par le Ministère de la Santé et de la Population.
- II- L'examen comprendra :
  - 1- Un interrogatoire précis afin de déterminer l'histoire de la maladie en se basant sur les doléances de l'enseignant et sur l'ensemble des pièces fournies préalablement établies (certificats médicaux, examens complémentaires),
  - 2- Un examen clinique minutieux et complet,
  - 3- Des examens complémentaires fonctionnels, (biologiques, toxicologiques, radiologiques en relation avec la symptomatologie retrouvée, chaque fois que le médecin le juge nécessaire pour confirmer le diagnostic),
- III – Certaines symptomatologies ou maladies pouvant être en relation avec les conditions de travail, il y a lieu de les étayer tel les que :
  - 1 – Toute dysphonie ou aphonie retrouvée lors de cet examen doit faire l'objet d'un bilan qui sera effectué par un médecin spécialiste en ORL à qui il sera demandé un compte rendu de l'examen laryngoscopique avec un diagnostic précis.
  - 2 – Tout asthmatique doit subir un télé thorax, une EFR, un dosage des IGE et un prick test éventuel (réalisé par un allergologue).
  - 3 – Toute surdité doit être confirmée et étiquetée par le médecin spécialiste en ORL en fonction de l'audiogramme.
  - 4 – Toute lésion cutanée chronique doit être étiquetée avec le concours du médecin spécialiste en dermatologie
  - 5 – Tout trouble de comportement, anxiété chronique, dépression ou autre trouble psychique doit faire l'objet d'une consultation psychiatrique devant aboutir à un diagnostic précis.
- IV – Un résumé concis et précis rapportant les anomalies et les diagnostics retrouvés devra être porté sur les dossiers médicaux et sur les fiches d'évaluation. Santé

**COMMISSION INTERSECTORIELLE  
WILYA DE.....  
LISTE DES ENSEIGNANTS**

N°DOSSIER	SEXE	AGE	FONCTION PRECISE (1)	LIEU D'AFFECTION (2)	NATURE DE L'AFFECTION (DIAGNOSTIC)	EVOLUANT	SITUATION VIS A VIS DE LA CNAS (3)

- 1- Instituteur, Professeur (préciser la matière), autre.....
- 2- Ecole primaire, école fondamentale (3<sup>ème</sup> cycle), lycée, technicum.
- 3- En arrêt de travail simple,  
En arrêt de travail de longue durée (MLD),  
En activité après traitement  
En invalidité  
Autre (préciser).

# **Santé Mentale**



Direction des services de santé

**Circulaire n°03/MSP/DS/SDCC du 08 avril 1997  
relative à la prise en charge des malades mentaux**

Compte tenu de l'évolution de la situation sanitaire et des recommandations du Comité Médical National de Psychiatrie, il est procédé à la mise à jour de la sectorisation en matière de prise en charge en Psychiatrie.

Cette sectorisation, qui a été élaborée en tenant compte des modalités d'hospitalisation prévues par loi n°85-05 du février 1985 relative à la protection de la Santé, est la suivante :

**Hospitalisation en service ouvert (annexe n°01)**

Comme le stipule l'article 105 de la loi 85-05, « l'hospitalisation est la sortie d'un malade en service ouvert de Psychiatrie n'est soumis à aucune réglementation particulière ». Il suffit que le médecin Psychiatre de l'établissement établisse un billet d'admission, comme pour toute admission en milieu hospitalier.

**La mise en observation et l'examen Psychiatrique d'office (annexe n°2)**

**2.1. La mise en observation :** (art. 106 à 110 de la loi n°85-05 du Février 1985).

L'hospitalisation est subordonnée à la décision du médecin Psychiatre de l'établissement, après que le patient lui soit présenté, **L'examen psychiatrique d'office :** La demande est introduite obligatoirement par un certificat médical établi par tout médecin affirmant le danger que présente le malade pour lui-même ou pour autrui.

Seul le procureur général près la Cour ou le wali peuvent décider de l'examen Psychiatrique d'office. (Art 111 à 115 de la loi n°85-05).

**3. Les placements administratifs :**

le placement volontaire et l'hospitalisation d'office. (Annexe n°03) et civilement responsable, ou d'une autre personne désignée par le procureur de la république,

Transformer la mise en observation volontaire.

La durée du placement volontaire est indéterminée. La sortie s'effectue dans les conditions de l'article 121 de la loi n°85-05.

**3.2. L'hospitalisation d'office :** peut se faire au cours ou au terme de la mise en observation mais également du placement volontaire. L'hospitalisation d'office est une mesure administrative prise par le Wali sur requête motivée du psychiatre de l'établissement : (Décision prise lorsqu'il est démontré que le malade à hospitaliser d'office présente un danger pour lui même, l'ordre public ou pour la sécurité des personnes).

La décision d'hospitalisation d'office est prise pour 6 mois, et peut être renouvelée par arrêté du Wali sur demande justifiée du médecin.

De la même manière, la sortie du malade s'effectuera par la même requête motivée de levée d'hospitalisation d'office adressée au wali par le médecin psychiatre. (Art. 122 à 138).

**4- Les internements judiciaires :** (Annexe n°4).

Ce mode d'hospitalisation n'est pas prévu par la loi 85-05 relatives à la protection et à la promotion de la santé.

L'internement judiciaire est défini par le code pénal en son article 21. C'est un placement ordonné par une décision de justice. Ce type de placement n'exige pas la présentation d'un arrêté du wali. C'est une mesure de sûreté prononcée par les autorités judiciaires à l'encontre de \*Médoco-légaux\* déclarés \*Dément\* et par conséquent irresponsables (sur le plan pénal) au moment des faits.

Il demeure bien entendu que cette nouvelle sectorisation a pour but d'améliorer la prise en charge des malades mentaux. Cependant le lieu de résidence de ces derniers ne doit en aucun cas constituer un prétexte et être exploité pour refuser des soins particulièrement dans le cadre de l'urgence.

Vous voudriez bien veiller à l'application des présentes dispositions et me faire connaître, le cas échéant, toute difficulté rencontrée.

**ANNEXE N° 1 :**  
**HOSPITALISATION EN SERVICE OUVERT**

Siège du Secteur Psychiatrique	Wilayates Rattachées
Secteur sanitaire d'Adrar (service psychiatrique)	Adrar
Centre psychiatrique El-Madher-Batna	Batna
Service de psychiatrie de Bejaia	Bejaia
Secteur sanitaire de Biskra	Biskra
Secteur sanitaire de Bechar (service de psychiatrie)	Bechar, Tindouf
EHS Spécialisé en psychiatrie *Frantz-Fanon* de Blida	Blida, Tipaza, (sauf daïra de Chéraga) Médéa, Chlef, Boumerdès, Alger, Ain-Defla, Ghardaïa
Secteur sanitaire de Sour El-Ghouzlane (service de psychiatrie) Bouira	Bouira
Hôpital Général Bendjeda Mhenia de Tébessa	Tébessa
C.H.U de Tlemcen (service de psychiatrie)	Tlemcen
EHS Spécialisé en psychiatrie (Ferhane Hanafi) Tizi-Ouzou	Tizi-Ouzou
EHS Spécialisé en psychiatrie *Drid-hocine* Alger	Alger-est : Dairate de Sidi-M'hamed, Hussein-Dey, Bir-Mourad-Rais (moins les Baladiates d'El-Biar, Bouzaréah)
Secteur sanitaire Hassi-Bahbah Djelfa	Djelfa
Secteur sanitaire El Milia Jijel	Jijel
EHS Spécialisé en psychiatrie (Ain Abnessa) Sétif	Sétif ; Bordj Bou Arreridj
EHS Spécialisé en psychiatrie *El-Harrouch* Skikda	Skikda ; Guelma (Daïra de Oued Zenati)
C.H.U de Sidi-Bel-Abbes	Sidi-Bel-Abbès ; Ain-Temouchent
EHS en Psychiatrie *Er-Razi* Annaba	Annaba ; Guelma ; (sauf daïra d'Oued-Zenati) ; El-Tarf ; Souk-Ahras
EHS en psychiatrie *Djebel-Ouahch* Constantine	Constantine ; Oum-El-Bouaghi
Secteur sanitaire de M'sila (service de psychiatrie)	Msila
Secteur sanitaire de Mohammadia (service de psychiatrie) Mascara	Mascara
Secteur sanitaire de Ouargla (service de psychiatrie) Ouargla	Ouargla ; Tamanrasset ; Illizi.
EHS spécialisé en psychiatrie *Sidi-Chami* Oran	Oran; Saïda; Mostaganem; El-Bayadh; Naama; Relizane.
Secteur sanitaire d'El-Oued (service de psychiatrie)	El-Oued
EHS spécialisé en psychiatrie *Mahfoud-Boucebci* Cheraga Tipaza	Alger-Ouest : Dairates de Bab-el-Oued ; Oued-Koriche ; Bir-Mourad-Rais ; (Baladiates d'El-Biar Bouzaréah) ; Tipaza (Daïra de Chéraga)
EHS spécialisé en psychiatrie *Chabane Moussa* Oued-Athmania Mila	MILA ; KHENCHELA

**ANNEXE N° 2**  
**MISE EN OBSERVATION ET EXAMEN PSYCHIATRIQUE D'OFFICE**

Siège du Secteur Psychiatrique	Wilayates Rattachées
Centre Hospitalo-Universitaire de Batna	Batna Biskra El Oued
Secteur Sanitaire de Bechar	Béchar Tindouf
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Frantz Fanon Blida	Blida Tipaza (moins Chéraga) Médéa Chlef Ain-Defla Ghardaia Djelfa
Centre-Hospitalo-Universitaire de Tlemcen	Tlemcen
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Hamdania Adda de Tiaret	Tiaret Tissemsilt Laghouat
Centre hospitalo-Universitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou	Tizi-Ouzou Béjaia Bouira Boumerdès
Alger-Est : CHU Alger-Centre (Ibn-Imrane Hôpital Mustapha)	Alger : Sidi-Mhamed, Hussein-Dey, El-Harrach, Bir-Mourad-raïs (moins El-Biar), Bouzaréah
Alger-Ouest : CHU Bab-El-Oued	Alger : Bab-El-Oued, Oued-Koriche, Bir-Mourad-Rais, (El-Biar, Bouzaréah), Tipaza (daïra de Chéraga)
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Ain-Abassa (Sétif)	Sétif M'sila Bordj-Bouarréridj Jijel
Etablissement Hospitalier Spécialisé El-Arrouche (Skikda)	Skikda Guelma (daïra de Oued Zenati)
Cent Centre Hospitalo-Universitaire de Sidi-Bel-Abbès/Abbès	Sidi-Bel-Abbès Ain-Témouchent
Etablissement Hospitalier Spécialisé El-Razi (Annaba)	Annaba EL Tarf Guelma (moins Oued Zenati) Souk-Ahras Tébessa
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Djebel-Ouahch (Constantine)	Constantine
Secteur Sanitaire de Mascara	Mascara
Secteur sanitaire de Ouargla	Ouargla Tamnarasset Illizi Adrar
Centre Hospitalo-Universitaire d'Oran	Oran
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Sidi-Chami (Oran)	Mostaganem El Bayadh Naama Saida Rélizane
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Oued Athmania (Mila).	Mila Oum El Bouaghi Khenchela

**ANNEXE N° 3**  
**PLACEMENTS ADMINISTRATIFS (HOSPITALISATIONS D'OFFICE ET PLACEMENTS VOLONTAIRES)**

Secteurs Psychiatriques	Wilayates Rattachées
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Oued-Athmania (Mila)	Mila Batna Biskra Khenchela Illizi Ouargla
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Ain-Abassa (Sétif)	Sétif Bordj-Bou-Arréridj
Etablissement Hospitalier Spécialisé El-Arrouche (Skikda)	Skikda Guelma Jijel
Etablissement Hospitalier Spécialisé El-Razi (Annaba)	Annaba Souk-Ahras El-Oued Tébessa El Taref
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Sidi-Chami (Oran)	Oran Béchar Tindouf Tlemcen Sidi-Bel-Abbès Mascara Mostaganem Ain-Témouchent Relizane Adrar
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Hamdania Adda (Tiaret)	Tiaret Saida Tissemsilt El-Bayadh Naama
Etablissement Hospitalier Spécialisé de Frantz-Fanon (Blida)	Alger Blida Chlef Médéa Djelfa M'sila Laghouat Tipaza Tamnarasset Ghardaia Ain-Defla
Etablissement Hospitalier Spécialisé Fernane Hanafi (Tizi-Ouzou)	Tizi-Ouzou Bouira Béjaia Boumerdès
Etablissement Hospitalier Spécialisé Djebel-Ouahch (Constantine)	Constantine Oum-Bouaghi

**ANNEXE N° 4**  
**INTERNEMENTS JUDICIAIRES (MEDICO-LEGAUX)**

Siège du Secteur Psychiatrique	Wilayates Rattachées
Région ouest : Etablissement Hospitalier Spécialisé de Sidi-Chami (Oran)	Oran Adrar Tlemcen Tiaret Sidi-Bel-Abbès Mascara Mostaganem El Bayadh Tindouf Ain Témouchent Relizane Naama Saida Béchar
Région Est : Etablissement Hospitalier Spécialisé de Oued-Athmania (Mila)	Oum-El-Bouaghi Batna Tébessa Constantine Annaba Skikda Illizi El-Tarf Khenchla Souk-Ahras Mila Biskra Jijel Sétif Ouargla Guelma El-Oued
Région Centre : Etablissement Hospitalier Spécialisé Frantz-Fanon (Blida)	Blida Tipaza Alger Boumerdès Bouira Médéa Djelfa Ain-Defla Chlef Laghouat Ghardaia Tizi-Ouzou M'sila Bejaia Bordj-Bou-Arréridj Tamnarasset Tissemsilt

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 13 DU 24 SEP 2001**  
**RELATIVE AU RENFORCEMENT ET A LA DECENTRALISATION**  
**DES SOINS DE SANTE MENTALE**

- Madame et Messieurs les Walis « pour information »  
- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé et de la population  
en communication à  
Messieurs les Directeurs Généraux des CHU  
Messieurs les Directeurs des EHS de psychiatrie  
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

Dans le cadre de la dynamique durant l'année 2001 pour élaborer et mettre en œuvre un programme National de santé mentale et en vue de préparer les conditions de mise en place d'un tel programme, j'ai l'honneur de vous demander de prendre les mesures nécessaires au renforcement et à la décentralisation des soins de santé mentale sur lesquelles un consensus s'est engagé lors des regroupements nationaux et régionaux organisés sur la santé mentale.

**Ces mesures concernent en priorité :**

L'accessibilité aux soins de santé mentale qui doivent être rapprochés le plus possible des usagers et des malades.  
La continuité des soins et leur hiérarchisation.

A cet effet il convient d'intégrer les soins de santé mentale dans les unités sanitaires de base (polyclinique et centre de santé) en liaison avec les services spécialisés à travers l'organisation d'un réseau de prise en charge de personnes en état de souffrance psychique.

La prise en charge des personnes souffrants de troubles mentaux, neurologiques ou psychosociaux doit autant que possible éviter leur hospitalisation ou alors la limiter au minimum absolument nécessaire afin d'éviter la désocialisation.

En effet les patients doivent impérativement être intégrés dans le circuit social et être soignés au sein de la famille et de la communauté.

Aussi, je vous demande de mettre en place, en concertation étroite avec les collectivités locales et avec leur contribution au dégagement de locaux et structures légères, des structures intermédiaires de soins de santé mentale.

Ces **Centres Intermédiaires de soins de santé mentale** : seront implantés au niveau de chaque secteur sanitaire dans une unité sanitaire de base ou un local dégagé par les collectivités locales et leur activités sera confié à un personnel médical et paramédical du secteur qui sera affecté par redéploiement des personnels ou nouveaux recrutements en cas de besoin. Des psychologues et travailleurs sociaux, assistantes sociales, éducateurs spécialisés pourront également se joindre à la prise en charge psycho social des patients dans le cadre d'une approche global et intersectorielle de la santé mentale. Les personnels de ces centres intermédiaires travaillent en liaison avec les spécialistes des services de psychiatrie des EHS de psychiatrie, des CHU ou des secteurs sanitaires afin d'organiser le réseau de prise en charge des patients. Les spécialistes devront partout où cela sera possible assurer les consultations spécialisées au niveau des centres intermédiaires selon une périodicité définie selon les besoins et en liaison avec les praticiens des centres intermédiaires. Dès la mise en place des centres intermédiaires et l'identification de leur personnel, il devra être envisagé leur formation dans la prise en charge des affections mentales les plus courants en liaisons avec les services spécialisés à travers des sessions de formation de courte durée.

La mise en place des centres intermédiaires de soins de santé mentale est une première étape vers le renforcement et la décentralisation des soins de santé mentale qui doit également s'accompagner de mesures concernant :

- la création de petites unités de psychiatrie dans les chefs lieux de wilaya ne disposant pas de service de psychiatrie mais disposant de psychiatres, implantées au sein de l'hôpital de wilaya.
- la libération rapide, une fois le cap de l'urgence passé des passerelles avec les services d'hospitalisation de plus longue durée.
- les prévisions en terme de consommation de médicaments afin que des centres intermédiaires.
- le renforcement des consultations spécialisées et leur accessibilité à tout moment pour assurer la continuité des traitements ambulatoires et répondre aux demandes de soins.

J'attache une importance particulière à l'application de ces mesures en vous demandant de prendre attache avec les autres services de l'exécutif de wilaya , les collectivités locales et les associations pour assurer localement un dispositif cohérent et intégré de prise en charge de la santé mentale .

Un rapport sur la mise en place du dispositif de prise en charge de la santé mentale devra être établi à l'échéance du mois de décembre 2001 et adressé à la direction centrale chargé des actions sanitaires spécifiques, en faisant état des difficultés éventuelles rencontrées et des propositions de mesures à prendre.

Le Ministre de la Santé et de la Population  
**Abdelhamid ABERKANE**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات

LE MINISTRE

الوزير

**Cir 322 MSP/MIN/SP 26 Juin 2002**

Madame et Messieurs les Walis

**Objet : Prise en charge des malades mentaux errants.**

Réf : Instruction n° 506 du 22 Octobre 2001 relative à la prise en charge des malades errants dans le cadre du programme national de santé mentale.

Dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre du programme national de santé mentale, dans son volet prise en charge des malades mentaux errants, et suite aux rapports transmis par les Directions de la Santé et de la Population, il apparaît que les mesures prises au niveau des différents wilayas n'ont pas été à la mesure de l'ampleur prise par le phénomène des malades mentaux errants, une dizaine de wilaya seulement ayant procédé au recensement des malades mentaux errants et à la mise en place d'un dispositif de prise en charge.

Or il est clair que seule une organisation cohérente à l'échelle nationale avec un système intégré et hiérarchisé au niveau de la wilaya et en liaison avec les wilayas qui disposent de structures spécialisées (EHS et Services de Psychiatrie), dans le cadre de la sectorisation psychiatrique est susceptible de réduire de manière significative l'effectif des malades errants en assurant leur prise en charge médicale et sociale.

De cette évaluation il ressort que les mesures suivantes doivent être mises en œuvre afin de mettre en place et d'harmoniser un dispositif au niveau national de façon intégrée et hiérarchisée :

Le dispositif à mettre en place doit être placé sous l'autorité directe des walis qui veilleront à mobiliser, outre les services de santé et ceux de l'action sociale, les services de sûreté urbaine, de la protection civile et de la gendarmerie nationale ainsi que les services des communes chargés de l'action sociale qui ont un rôle important dans l'identification des malades mentaux errants et leur acheminement vers les services ou hôpitaux psychiatriques.

Le processus de prise en charge impliquant et responsabilisant tous ces intervenants devrait être le suivant :

L'identification des malades mentaux errants et leur acheminement vers les services ou hôpitaux psychiatriques doit être faite par :

les services de sûreté urbaine

les services de la gendarmerie nationale

les A.P.C

les services de la protection civile.

Ces services doivent établir une fiche d'identification qui servira de base à toute la démarche de prise en charge.

Les associations à caractère social existantes à l'échelle de la wilaya devraient également contribuer à la prise en charge des malades mentaux errants.

2. L'acheminement pour examen se fait en fonction de la disponibilité de la structure vers :

- un service spécialisé en psychiatrie implanté dans un secteur sanitaire
- un service spécialisé en psychiatrie implanté dans un C.H.U
- un service spécialisé en psychiatrie implanté dans un E.H.S en psychiatrie
- un centre intermédiaire de santé mentale parmi ceux récemment créés et qui ont un rôle de relais particulièrement important

à jouer en amont et en aval de l'hospitalisation des malades errants.

Dans l'une de ces structures et en fonction des compétences disponibles il sera procédé à une hospitalisation ou l'orientation vers la structure appropriée en fonction de la sectorisation psychiatrique.

Après examen médical le patient est :

- soit hospitalisé en cure libre dans un service de psychiatrie

soit hospitalisé dans le cadre d'un placement d'office en cas de dangerosité dans un service de psychiatrie adapté.

Selon l'évolution de leur état de santé mentale après traitement approprié, les malades seront soit maintenu en hospitalisation soit orienté après stabilisation vers UN CENTRE INTERMEDIAIRE DE SANTE MENTALE pour une prise en charge ambulatoire et la continuité des soins avec la fourniture de médicaments pour éviter l'interruption des soins.

5. La prise en charge en post-cure doit être intégrée médicale et sociale et être assuré en liaison avec :

le milieu familial s'il est identifié

une structure sociale locale ou régionale s'il y'a absence d'identification du milieu familial

Ces structures doivent accueillir les malades mentaux errants stabilisés et souffrant d'une carence de prise en charge familiale dans le cadre de la post-cure et veiller à la continuité en liaison avec les centres intermédiaires et les services de psychiatrie.

Le dispositif à mettre en place peut être local ou régional en fonction des structures d'accueil existantes et revêt une importance capitale pour éviter l'aggravation du phénomène des malades mentaux errants, particulièrement dans les grandes villes.

Vous voudriez bien veiller à sa mise en place sous votre autorité directe et en faire rapport au Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**Abdelhamid ABERKANE**

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N°006 DU 06 MAI 2002 PRECISANT LES MISSIONS ET LE  
FONCTIONNEMENT DES CENTRES INTERMEDIAIRES DE SANTE MENTALE**

Madame et Messieurs les Walis (Pour information)  
Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (Pour application)  
En communication à  
Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U  
Messieurs les Directeurs des E.H.S de psychiatrie  
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre de programme national de santé mentale des mesures de renforcement et de décentralisation de soins de santé mentale ont fait l'objet de l'instruction ministérielle n°13 du 24 Septembre 2001. Dans cette instruction il est fait référence à la mise en place de centres intermédiaires de santé mentales (CISM).

A l'effet de préciser les objectifs, les missions et le fonctionnement des CISM.

Vous voudriez bien noter que :

Le centre intermédiaire de santé mentale :

Est la solution adoptée sous différentes dénominations à travers de nombreux pays relevant de différents niveaux de richesse et suggérée par l'OMS.

Est le regroupement de tous les soins et les actes de prévention en santé mentale classiquement réalisés en hôpital psychiatrique : urgence, diagnostic, traitement psychothérapeutique et réhabilitation.

Est réalisable en milieu ambulatoire proche de l'utilisateur, souple à gérer et offre des soins variés et adaptés aux besoins de la population desservie.

Offre des solutions efficaces et peu coûteuses de mise en place d'un réseau santé mentale utilisant les moyens humains et matériels existant dans notre pays.

Les objectifs de la mise en place des centres intermédiaires visent à :

Réduire les rechutes chez les malades mentaux du secteur desservi

Réduire les besoins de contact des malades mentaux avec les hôpitaux psychiatriques du secteur desservi

Augmenter le nombre, la diversité et la qualité des prestations en soins de santé mentale.

Les moyens matériels nécessaires au fonctionnement des centres intermédiaires de santé mentale sont :

Une structure urbaine située dans une polyclinique ou un centre de santé constituée au minimum de 4 à 5 pièces, évolutive en fonction des besoins et des activités.

Les moyens humains sont les suivants :

Psychiatre plein temps ou contractuel, la possibilité de conventionnement avec un psychiatre privé existe souvent.

Médecin généraliste

Psychologue clinicien, Orthophoniste éventuellement.

Un ou plusieurs infirmiers (s)

Assistante sociale.

Secrétaire médicale.

Les moyens humains seront mis en place progressivement.

Au besoin le CISM pourra commencer à fonctionner avec un médecin généraliste qui recevra la formation appropriée.

4 – Missions et fonctionnement du centre intermédiaire de santé mentale :

Le centre intermédiaire de santé mentale joue un rôle d'intermédiaire entre la famille et les institutions (hôpital, CIAJ...)

Le centre intermédiaire de santé mentale fonctionne comme un maillon fondamental du réseau santé mentale qui peut être apte à évoluer dans le temps et s'enrichir au fur et à mesure des nouvelles acquisitions matérielles, humaines et organisationnelles.

Le centre intermédiaire de santé mentale s'intègre dans un réseau de soins.

Il peut être un relais entre les différentes structures de soins comme les unités de dépistage et de suivi en santé scolaire, le secteur sanitaire, l'hôpital psychiatrique, les associations qui ont pour vocation une activité de santé mentale, les cabinets des médecins privés généralistes ou psychiatres, les familles de patients et les institutions publiques comme les collectivités locales, CIAJ et services de police.

En fonction des ressources humaines et des moyens matériels, sont organisées dans les CISM des activités de soins et de prévention comme suit :

Prise en charge des malades mentaux sortant de l'hôpital en post-cure

Délivrance de médicaments y compris à domicile (neuroleptiques à action prolongée pour les malades psychotiques chroniques refusant le traitement par voie orale).

Séances de réhabilitation

Accueil et soins des toxicomanes

Accueil et soins des victimes de violence.

Accueil et prise en charge et orientation des personnes <<suicidaires>>.

Accueil et soins des enfants ayants des troubles de santé mentale.

Dynamisation des campagnes de lutte contre la toxicomanie, le suicide, la violence.

Orientation et conseil des usagers en matière de santé mentale (enfant, adolescent et adulte).

Occupation à temps partiel dans des ateliers occupationnels de jour, d'éducation et d'apprentissage.

Les activités de chaque CISM seront évaluées trimestriellement selon le canevas-type prévu par le bilan d'activité trimestriel des structures intervenant dans le cadre du programme national de santé mentale.

J'attache une importance particulière à l'application de ces mesures en vous demandant d'adresser à la direction centrale chargée des actions spécifiques vos bilans d'activité tous les trois mois.

Le Ministre de la Santé et de la Population  
**Abdelhamid ABERKANE**

## PROGRAMME NATIONAL DE SANTE MENTALE

### **I - INTRODUCTION :**

La santé mentale qui est un indice de l'état de santé de la population dans son ensemble est un état de bien être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté.

C'est un élément essentiel et indissociable de la santé dont la dimension positive est soulignée dans la définition de la santé telle qu'elle figure dans la constitution de l'O.M.S.

Pour réaliser cet objectif à atteindre, des stratégies doivent être développées pour mettre en œuvre un programme national de santé mentale avec les différentes composantes à divers niveaux des services de santé mais aussi des services de santé mais aussi des structures éducatives, culturelles, sociales et avec le concours du mouvement associatif et l'implication étroite de la communauté.

En Algérie, un pays de 30.000.000 d'habitants répartis sur le territoire de 2.370.000 Km<sup>2</sup>, dont la population est jeune, 48 % ayant au moins de 20 ans et 36 % ayant moins de 15 ans, l'histoire récente a été marquée par une occupation coloniale de plus d'un siècle et d'une guerre de libération nationale avec répression sanglante qui n'a pas manqué d'engendrer un cortège de souffrances physiques et mentales constituant un lourd fardeau.

Les précurseurs de la psychiatrie algérienne, parmi lesquels Frantz-Fanon à l'œuvre admirable, se sont efforcés au mieux de soulager la souffrance mentale des victimes de la répression.

Leurs successeurs ont continué leur œuvre et mis en place après l'indépendance en 1962 les jalons de la psychiatrie algérienne pour répondre aux besoins des personnes en état de souffrance psychique.

Les réponses diversifiées dans la mesure du possible, à ces besoins ont de cette décennie été étendue à la prise en charge spécifique des victimes de la violence liée au terrorisme en particulier

Le recensement général de la population et de l'habitat montrait en 1998 que 140.000 personnes présentaient une affection mentale entraînant un handicap, parmi lesquelles on dénombrait 20.000 enfants.

Les statistiques hospitalières montrent quant à celle que 150.000 consultations de psychiatrie sont assurées annuellement par les établissements hospitaliers spécialisés de psychiatrie.

Les troubles mentaux représentent environ 1,5 % des motifs de consultation en général dans les structures sanitaires et 7% des affections chroniques sont représentées par des maladies mentales. Parmi les motifs de consultation en psychiatrie, la dépression nerveuse vient en premier, suivie des affections psychiatriques, des troubles du comportement et des toxicomanies.

Pour répondre aux besoins le pays dispose de 370 spécialistes, bien qu'en ayant formé plus de 500 et de 300 psychologues cliniciens ainsi que de 160 neurologues.

On dénombre 10 établissements hospitaliers spécialisés de psychiatrie, 8 services de psychiatrie dans les centres hospitaliers universitaires et 20 secteurs sanitaires disposant de services ou de consultations de psychiatrie.

La capacité d'hospitalisation est de 4760 lits, soit 1 lit pour 6300 habitants et le taux d'occupation des lits varié de 50 à 85 % selon les établissements.

En dehors de ces établissements ils existent environ 60 cellules d'écoute et centres médico-pédagogiques mis en place pour répondre aux besoins de prise en charge et réhabilitation psychologique des victimes de la violence.

Aussi le pays dispose de services de santé mentale dont le plan de charge est important mais qui restent trop orientés et centrés sur la prise en charge des urgences et les établissements hospitaliers spécialisés.

Aussi la satisfaction des besoins en santé mentale de la population nécessite la mise en place d'un programme national de santé mentale à même de procurer les prestations préventives et curatives accessibles à tous ceux qui en ont besoin dans le cadre sur la décentralisation et l'implantation dans la communauté pour rapprocher le plus possible les soins des usagers.

### **II – ELABORATION DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTE MENTALE :**

L'élaboration du programme national de santé mentale s'inscrit dans le cadre de la stratégie 2000-2010 développées par l'O.M.S pour la santé mentale et la prévention et la lutte contre les toxicomanes.

Elle a été initiée à l'occasion de la journée Mondiale de la santé, consacrée par l'O.M.S. à la santé mentale avec comme slogan << oui aux soins, non à l'exclusion >> et a connu plusieurs étapes dont la première a été l'organisation d'un séminaire atelier les 2 et 3 avril 2001 à l'institut national de santé publique pour élaborer les grandes lignes d'un avant-projet de programme national de santé mentale.

Ce séminaire a réuni des intervenants relevant de spécialités diverses (psychiatres, psychologues, médecins généralistes, neurologues, juristes, épidémiologistes, médecins légistes) et appartenant à différents secteurs d'activité (Ministère de la Santé et de la Population, Ministère de la Justice, Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Locales, Ministère de la jeunesse et des Sports, Ministère de la Solidarité Nationale, Ministère des Affaires Religieuses, Ministère du Travail et de la Protection Sociale, Ministère de la culture et de la communication) avec la participation des organismes internationaux (O.M.S., UNICEF) et d'intervenants du mouvement associatif.

L'objectif du séminaire était de dégager, avec les participants un ensemble de propositions devant servir de base de travail à l'élaboration d'un programme National de Santé Mentale.

### **III – BUT DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTE MENTALE :**

Le but du programme national de santé mentale est de prévenir et de combattre les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux, et de contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population.

Les objectifs à atteindre sont :

La réduction de l'incidence et de la prévalence de certains troubles mentaux et neurologiques, comme la dépression, l'arriération mentale, la toxicomanie, l'ellipse et les troubles psychosociaux liés aux événements traumatisants.

Mettre en place une organisation de soins la plus adaptée, la plus efficace et la moins coûteuse possible avec une législation effective en harmonie avec cette organisation des soins.

Renforcer la prévention, et mettre en place des mécanismes de réhabilitation et élaborer des programmes de communication pour l'éducation sanitaire des citoyens en terme de santé mentale dans l'approche << non à l'exclusion des malades mentaux >>.

Etablir une planification de la formation adaptée aux besoins et aux possibilités.

### **IV – STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME :**

Les stratégies à développer pour atteindre le but du programme national de santé mentale visent :

L'organisation des soins de santé mentale en accordant une attention prioritaire à la décentralisation au niveau des soins de santé primaires et à l'approche communautaire ainsi qu'à la disponibilité des médicaments.

L'adaptation de la législation en santé mentale à la situation prévalente sur le terrain et à la nouvelle organisation.

Le développement de programmes de prévention des troubles mentaux et neurologiques.

La réhabilitation psychosociale des personnes en état de souffrance psychique liée à la violence.

La communication sociale pour l'éducation du public, des professionnels et l'association des communautés et des familles.

La formation des personnels de santé, spécialisés et des soins de santé primaires, ainsi que des intervenants en santé mentale.

Le développement de la recherche en santé mentale.

#### **4.1. LEGISLATION ET SANTE MENTALE :**

Aujourd'hui nous passons progressivement de la psychiatrie à la santé mentale, ce qui permet de prendre en considération l'individu dans l'ensemble de l'organisation socio-économique comme citoyen et non en fonction de certaines manifestations de non sociabilité. C'est pour cette raison que la prise en charge de la santé mentale ne concerne pas exclusivement le secteur de la santé mais doit impliquer au contraire les autres secteurs notamment la protection sociale, la solidarité nationale, l'éducation nationale, la jeunesse et les sports, la justice, le mouvement associatif, etc.....

La loi n° 85-05, à travers son titre III relatif à la santé mentale a vocation à protéger et sauvegarder l'ordre public et la sécurité des personnes que peut menacer un individu atteint d'une affection psychiatrique et à protéger ce dernier (le malade) et ses biens notamment quand il est privé de sa liberté.

##### **4.1.1. SITUATION ACTUELLE :**

Globalement la loi actuelle ne souffre pas d'insuffisances majeures.

Néanmoins quelques insuffisances ont été relevées.

1- Il y'a une utilisation abusive de la mesure de placement d'office, qui à l'origine ne devrait être qu'une mesure exceptionnelle et entreprise dans le but de protéger le malade et la société. Ce fait a des conséquences négatives sur l'offre de soins et la qualité de la prise en charge.

Cette utilisation abusive est due en grande partie au fait que le placement d'office est devenu dans certaines régions comme la seule modalité d'hospitalisation. En effet, ces régions sont soit éloignées des grands centres psychiatriques et souvent ne disposent d'aucune structure de prise en charge.

2- Il y'a actuellement absence de modalités de contrôle et de suivi des placements. Les commissions de santé mentale de wilaya prévues par la loi ne fonctionnent pas.

3- Des insuffisances de la loi sont signalées concernant :

- La toxicomanie

- La protection des mineurs et des personnes âgées.

4- Les difficultés relevées sont plus d'ordre de l'application qui est faite de cette loi, difficultés inhérentes à l'insuffisance relevée dans le circuit de distribution des soins en santé mentale.

5- Certaines situations non prévues entravent l'application de la loi :

Difficultés quant à la protection et la gestion des biens des malades mentaux.

- Défaut d'application stricte de la réglementation des placements d'office administratifs, à l'origine de surcharge de certaines structures.

Insuffisance de coordination entre les différents intervenants et structures chargées de la mise en application.

Absence de mesures de protection des enfants et adolescents en danger moral.

Absence de textes concernant :

La nomenclature des produits stupéfiants.

Les textes régissant les services fermés.

Le barème d'évaluation des incapacités.

Il y'a un abus concernant la non réintégration professionnelle et les problèmes d'évolution de carrière des malades traités en psychiatrie.

Il y'a absence de distribution des rôles quant à l'intervention en cas de crise avant l'année à l'hôpital.

##### **4.1.2. REVISION ET ADAPTATION DE LA LEGISLATION :**

Il y'a eu lieu de prendre les mesures ci-après le cadre de la révision de la loi relative à la protection et à la promotion de la santé en voyant le dispositif cadre de l'organisation des soins de santé mentale.

Nécessité d'intégrer la violence comme problème de santé avec un accent particulier sur la protection des victimes de violences sexuelles notamment et de maltraitances (enfants, adolescents et personnes âgées).

Suppression de certains termes péjoratifs ou prêtant à confusion comme le terme << pervers >> à l'article 136 et le terme << sénile >> à l'article 137 de la loi.

Prévoir pour l'ergothérapie, la gestion des produits fabriqués par les malades. Les biens doivent être gérés par l'administration de l'hôpital ou des associations.

Prévoir un dispositif visant à protéger les biens des malades et les conditions et modalités de manipulation de leur argent.

La judiciarisation de la décision d'internement pose le problème de l'identification de la partie devant décider de la fin de l'internement et de la santé du patient. Ce vide juridique doit être comblé.

Prévoir un dispositif régissant les champs d'intervention respectifs du wali du lieu du domicile du malade et le wali de situation de l'hôpital.

Il est important d'identifier les parties et les secteurs concernés par les interventions auprès des malade en crise : au domicile, sur les lieux publics, etc.....

Définir les statuts réglementaires de toutes les structures existantes et à créer (service ouvert, service fermé, Hôpital de jour, Centre intermédiaire de santé mentale, etc.....).

Mise en place en attendant l'élaboration et la promulgation de textes législatifs.

#### **4.2. ORGANISATION ET PRISE EN CHARGE DES SOINS :**

A l'image de toute activité de santé, la distribution des soins de santé mentale nécessite une organisation fiable, efficiente, adaptable dans le temps.

##### **4.2.1. EVALUATION DU SYSTEME DE SOINS ACTUEL :**

Les remarques suivantes s'imposent quant au système de soins actuel.

Le système actuel est insuffisamment cohérent et fonctionne essentiellement dans l'urgence.

Il fonctionne également sur la base d'une sectorisation archaïque, statique et dépassée.

Il souffre d'une déperdition importante des personnels spécialisés.

La prise en charge spécialisée des enfants et des adolescents est insuffisante voire absente

Au cours des dernières années; porte importante d'infrastructures psychiatriques hospitalières non suppléée par d'autres modes de prise en charge.

La répartition des praticiens sur le terrain ne traduit pas l'effort important de la formation.

Concernant les médicaments, des inquiétudes ont été rapportées quant à la multiplication des ruptures et l'augmentation des prix de certaines molécules.

Il a été remarqué au cours de ces dernières années un accroissement objectif de la demande de soins et la saturation des structures existantes.



Il y'a une demande de soins importante exprimée dans certaines wilayas qui ne disposent pas de structures de prise en charge. Les services d'urgences de la capitale couvent une population importante rendant tout projet de prise en charge difficile à mettre en œuvre.

Les spécificités du sujet âgé, du malade chronique et de l'épileptique ne sont pas prise en considération.

#### **4.2.2. REORGANISATION ET RENFORCEMENT DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE :**

##### **4.2.2.1. PRINCIPES GENERAUX :**

La réorganisation du système de soins doit obéir aux principes généraux suivants :

Développer les soins le plus proche possible de l'utilisateur par l'introduction des soins de santé mentale dans les unités de soins de base avec toutes les mesures d'accompagnement suivantes :

Redynamiser les structures de base et y intégrer les soins de santé mentale.

- Formation du personnel aux questions de santé mentale notamment les médecins généralistes qui peuvent acquérir des compétences en terme de prévention, de diagnostic et de suivi.

- Installation d'une coordination avec un système de hiérarchisation et de priorisation selon les régions.

Accélérer le processus d'accréditation des services et les budgétiser selon les activités.

Encourager et valider la création des structures intermédiaires de santé mentale en convention avec les collectivités locales et les mouvements associatifs.

L'organisation des soins devra être soumise à une évaluation régulière et continue.

Avoir pour souci la diversification des prestations en termes de :

- Structure de prise en charge.

- Qualité des soins.

Assurer la continuité et la personnalisation des soins.

Œuvrer pour la lutte contre la chronicité.

Permettre la réhabilitation et le maintien de l'utilisateur dans sa communauté et la lutte contre l'exclusion des malades mentaux.

##### **4.2.2.2. MESURES A PRENDRE :**

Développement d'espaces ou de lieux de prévention destinés à la prise en charge de certains problèmes de santé mentale spécifiques : toxicomanie, suicidant.

Renforcement de la psychiatrie d'urgence par la création d'espaces supplémentaires destinés à gérer les états ou les situations de crise.

Création de service de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, assurant l'ensemble des prestations dans le cadre d'une sectorisation.

Renforcement du tissu extra-hospitalier en diversifiant les prestations de prise en charge tant dans les domaines du diagnostic, thérapeutique, psychothérapeutique et réhabilitation. La coordination entre les différents niveaux de prise en charge nécessite un cadre réglementaire approprié.

Mise à jour de la sectorisation selon les critères de fonctionnalité, d'offres de services et de la notion d'équipe.

Promouvoir et intégrer les travailleurs sociaux dans la participation à la prise en charge

Créer des structures d'accueil pour patients chroniques, cas sociaux (structures intermédiaires de santé mentale).

Prendre en charge la maladie épileptique en prenant en considération les trois aspects, social dans lequel interviennent toutes les institutions, préventif avec un rôle important dévolu à l'école et à l'enseignant dans le dépistage et l'aspect thérapeutique par la mise en place d'un réseau national de prise en charge.

Prendre en charge les victimes de violences :

- Cette prise en charge doit être envisagée en terme de programme national interdisciplinaire et intersectoriel.

- Les intervenants doivent bénéficier d'une formation à la prise en charge des psychotraumatismes.

- Favoriser le travail en réseau et les intervenants communautaires.

- Veiller au soutien des équipes d'intervenants.

- Réfléchir à la création d'un dispositif médico-psychologique d'urgence.

- Nécessité d'intégrer le dispositif de prévention au dispositif de soins.

Création de structures de psychiatrie infantile au sein des services de pédiatrie

Veiller à la disponibilité du médicament et sa gratuité au sein des hôpitaux et en ambulatoire dans les unités sanitaires de base (centres intermédiaires)

Veiller à la qualité et au coût de médicaments (accessibilité)

Organisation des urgences en psychiatrie et éventuellement intégrer l'urgence psychiatrique à la garde des urgences médico-chirurgicales, en renforçant les structures y compris au niveau de la capitale.

Intégrer les psychiatres privés et psychologue privés dans l'organisation des soins en santé mentale

Garantir le financement de la santé mentale en tenant compte de l'intersectorialité (MSP/CNAS/M. Protection Sociale/Collectivités Locales).

#### **4.3.-PREVENTION-REHABILITATION-COMMUNICATION**

##### **4.3.1. PREVENTION**

Il faut rappeler le rôle de l'Etat dans les dispositifs de prévention, et mettre en œuvre des activités soutenues techniquement et financièrement.

La prévention est la pierre angulaire de la politique de santé et elle doit être redéfinie pour une véritable intégration impliquant toutes les instances concernées.

- Les pouvoirs politiques

- Les collectivités locales (A.P.C., A.P.W.).

- Le communautaire

- Les professionnels

- La société-civile

A l'heure actuelle, il devient urgent de mettre en place une stratégie adaptée qui permettra :

- La prévention primaire des troubles mentaux

- Une accessibilité aux soins de proximité

Cette stratégie se pose en termes de traduction opérationnelle sur le terrain.

A cet effet les principales actions à entreprendre reposent sur l'identification des potentialités existantes en procédant à l'état des lieux, des professionnels exerçant dans toutes les structures publiques, privées et associations engagées dans le soin et la prise en charge de la population en souffrance.

Cette identification devra s'intéresser particulièrement aux régions surpeuplées d'une part et aux régions isolées d'autre part en vue de localiser les structures d'accueil pour les activités de prévention.

Par ailleurs il y a lieu de créer des postes budgétaires pour psychologues, orthophonistes, assistantes sociales et intervenants sociaux, de même que le rôle du médecin généraliste et du psychologue seront renforcés en matière de prévention.

Il y a lieu également de donner un ancrage plus important au niveau de la commune pour les cellules de proximités et porter plus particulièrement la réflexion sur les mécanismes à mettre en place pour les rendre opérationnelles.

Ainsi il y a lieu d'accorder une attention particulière aux actions ci-après :

Identification de population a risque en santé mentale et développement de programmes en leur faveur :

- Ex : - enseignants / enseignés ;  
- personnel soignant ;  
- population vulnérable : sans ressources.  
- chômeurs, S.D.F., pathologies additives,  
- victimes de grands stress (catastrophe naturelle, terrorisme).

Les structures chargées de la surveillance de la mère et la protection de l'enfant doivent aussi être identifiées ; il s'en suivra un renforcement des professionnels compétents qui devront s'atteler à une réflexion sur le dépistage précoce concernant la période prénatale, périnatale et postnatale auprès de ces populations d'où l'intérêt de réhabiliter le carnet de santé. L'érigent en base d'information et de ce fait créer une culture de suivi pré et postnatale.

Aussi, il faudra porter une attention particulière aux accidents périnataux et à la santé de la mère et de l'enfant dans le choix des soins, notamment :

- La femme enceinte : surveillance de la grossesse, dépistage et prise en charge des grossesses à haut risque, surveillance de l'accouchement.
- Le nouveau-né : surveillance, dépistage et diagnostic des troubles de santé mentale en privilégiant la prévention primaire, par la recherche de pathologies comme la phényl-cétonurie, l'hypothyroïdie, la souffrance fœtale pouvant générer des troubles ayant des conséquences sur la santé mentale ultérieure de l'enfant.

La prise en charge de la santé mentale en milieu scolaire est une des plus importantes activités retenues vu l'incidence des troubles psychologiques constatés tardivement et leur impact sur la scolarité de l'enfant.

Pour cela il est impératif de définir un programme de santé mentale en milieu scolaire, il y a lieu d'intégrer les paramètres relatifs à la santé mentale dans le dossier de santé de l'élève comme les troubles de l'engagement de la lecture, l'énurésie, et autres.....

Il y a une nécessité de travailler dans l'intersectorialité et l'éducation nationale est un maillon fort de celle-ci, et l'enseignant étant un intervenant privilégié dans le dépistage des troubles.

\* Il faut trouver des axes de réflexion et d'action pour la prévention des comportements d'exclusion, par le développement de message de tolérance, par la démythification de santé mentale, évitant l'amalgame entre la santé mentale et la dangerosité. Dans ce cadre il y a lieu d'initier et développer une culture de tolérance, qui est une démarche préliminaire d'intégration des malades mentaux.

#### **4.3.2. REHABILITATION :**

##### **4.3.2.1. PREAMBULE :**

Un débat très important doit être engagé à propos de ce concept :

Le terme a été inspiré d'une démarche anglo-saxonne à une image rigide de la perception de l'individu et du désir de le contrôler, ce qui a été à l'origine de controverse.

Dans sa définition il s'agit de rétablir :

La fonction, les attitudes, le droit d'un individu ayant vécu une souffrance, dans sa société et son environnement

La définition de ce terme fait référence à des objectifs de réinsertion et du rétablissement des droits et c'est ce qui a été retenu.

Actuellement les structures d'accompagnement qui permettent la réhabilitation d'un individu, en situation de post-cure sont très rares, même méconnues.

Ces structures permettent la réinsertion de l'individu dans son milieu familial, éducatif, professionnel, et le rétablissement dans ses droits juridiques.

Il n'existe pas de textes réglementaires régissant de fonctionnement de ces structures (hôpital de jour).

Les structures de réhabilitation doivent avoir un rôle essentiel de réinsertion et d'intégration sociale, une définition des rôles et des objectifs de ces structures est primordiale.

La prise en charge des polyhandicapés souffrant d'un retard mental grave, sont insuffisantes.

##### **4.3.2.2. MESURES A PRENDRE :**

Les mesures a prendre concernant :

La reconversion des structures mal ou sous utilisées en structures d'accompagnement des individus en état de souffrance mentale, Ces structures ou organisations alternatives doivent être souples, accessibles, ouvertes, flexibles et diversifiées selon les cas et les régions.

Réduire le nombre de malades errant par l'ouverture de centres d'accueil, à temps partiel, ou la reconversion des structures déjà existantes,

réhabiliter les personnes âgées en institution et en dehors des institutions

favoriser la mise en place d'actions communautaires qui au delà des soins médicaux apportent l'information, la sensibilisation

Dépister précocement les personnes en souffrance, sensibiliser par un travail de proximité leur entourage

Humaniser et professionnaliser la prise en charge des malades

Privilégier les approches alternatives entre les soins médicaux et l'approche médico-socio-sanitaire,

Maîtriser les techniques de réhabilitation (ergothérapie, psychothérapie).

Encourager la thérapie familiale, prendre en charge la vulnérabilité sociale par la création de structures d'accueil et de postcure.

Favoriser et aider la création par les associations de structures d'accueil et d'écoute.

Développer des réseaux de soutien et de suivi des patients centrés sur les services de réhabilitation.

Encourager les expériences locales déjà existantes.

Comblent les déficits en matière de personnel de soutien (travailleurs sociaux, orthophonistes, psychothérapeutes,.....)

Pour les victimes de violence la prise en charge psychologique des traumatismes psychologiques se fera selon recommandations suivantes :

Nommer la violence liée au terrorisme

Nommer la violence faite à l'enfant et l'adolescent

Nommer la violence faite aux femmes notamment sexuelle

Identifier et nommer toutes les autres violences (les sortir des tabous et du silence)

Faire une évaluation des expériences et actions réalisées en matière de prise en charge des victimes de violence

Evaluer les cellules d'écoute tous secteurs confondus

Mise en place d'un programme national de prise en charge

Faire un état des lieux des violences faites à l'enfant (en institution et ailleurs) , et des violences faites aux femmes.

Mise en place ou renforcement des modèles d'intervention en situation de crise (Type SAMU PSY).

Mise en conformité des textes et des lois algériennes avec la convention des droits de l'enfant.

Mise en application des textes relatifs aux mineurs en danger moral et les faire connaître aux différents intervenants.

Réglementer l'obligation de déclarer les maltraitances par témoins.

Quant aux autres types de violences :

Faire un état des lieux de ce qui a été mis en œuvre dans les secteurs et mouvement associatif.

Recenser les travaux et recherche ayant un rapport avec les différentes catégories de population victimes de violence au niveau des institutions et du mouvement associatif.

Mise en place de passerelles intersectorielles pour l'installation d'un réseau de surveillance épidémiologique de la population victime de violence.  
Parallèlement développer la capacité d'observance à travers une entité fonctionnelle, un observatoire de la violence par exemple.

### **4.3.3. COMMUNICATION :**

#### **4.3.3.1. PRINCIPES GENERAUX :**

La sensibilisation et la prévention étant l'objectif principal de la communication, l'efficacité de celle-ci repose essentiellement sur le flux d'information et l'exploitation des canaux véhiculant cette information ou le message approprié à l'objectif visé.

En l'absence d'une stratégie de communication dans le domaine de la santé mentale, la prise en charge des aspects liés à celle-ci nécessite une volonté ferme de traduire sur le terrain une démarche cohérente et intégrée des différents secteurs concernés par les préoccupations générales de la santé et afin de rompre avec les approches isolées qui induisent une dispersion des efforts et des énergies.

Cette absence de coordination et d'échanges intersectoriels en matière d'information et de communication engendre un manque d'efficacité et de productivité, ce qui met en évidence l'urgence de la mise en place aussi bien d'une structure directrice que d'une stratégie d'information et de communication.

La multisectorialité définit une diversité des intervenants en santé mentale, aussi et pour niveler les connaissances il faut développer un programme d'information des intervenants.

La volonté de coordination constitue un atout majeur pour définir ensemble les moyens d'une mobilisation cohérente des dispositifs de prise en charge des aspects considérés afin de rechercher de nouvelles réponses aux problèmes posés par l'évolution rapide des préoccupations du monde contemporain .

Il s'agit d'actualiser et d'améliorer en permanence les messages de communication à partir de l'écoute des usagers et le plan de communication doit tenir compte des besoins de la population et des individus ciblés.

#### **4.3.3.2. Actions à mener :**

Professionnalisation dans les structures de santé (I.E.C., production audio-visuelle).

Amélioration de la communication interne.

Créer et/ou développer des lignes vertes-émissions radiophoniques, télévisées, site Internet par pathologie.

Création du bulletin de liaison entre les acteurs de la prévention.

Portes ouvertes sur les structures de santé mentale (régularité et durabilité).

Rentabiliser les moyens existants.

Déramatiser la perception de l'image publique des pathologies mentales par des campagnes éducatives

Initier les professionnels de la santé mentale à la communication de masse sur les questions de santé mentale.

Travailler sur les représentations de la maladie mentale auprès du public.

Evaluation par les observatoires régionaux de santé.

### **4.4. FORMATION DES INTERVENANTS EN SANTE MENTALE :**

#### **4.4.1. SITUATION ACTUELLE :**

L'assistance en santé mentale ne peut s'organiser sans une capacité à fournir des soignants, en nombre et qualités satisfaisantes.

Nous assistons actuellement à de graves distorsions, plus importantes peut être en zones rurales.

Les remarques suivantes s'imposent concernant la formation des intervenants en santé mentale :

Il existe actuellement une absence d'adéquation formation – emploi.

Nous vivons actuellement une situation paradoxale marquée par l'importance du nombre de personnes formées et la persistance d'une situation chaotique et insuffisante sur le terrain. Dans ce cadre il est à noter la défection d'un grand nombre de psychiatres et une mauvaise répartition des personnels existants.

Absence de gestion des ressources humaines quant :

Au plan de carrière des différents personnels

A la formation continue

A la formation des personnels administratifs aux questions de santé mentale et la gestion des équipes.

Absence jusqu'à une date récente d'un service central pour élaborer et appliquer la politique sanitaire en santé mentale. Ce service est créé depuis peu à travers la sous direction de la promotion de la santé mentale au Ministère de la santé et de la population.

Le manque d'effectif spécialisé en santé mentale en général et en soins psychiatriques en particulier a été relevé. Pour rendre accessible à une large demande ce type de soins, il faut impliquer le réseau de soins de base dans lequel le médecin généraliste occupe une large place.

Prioriser les options en fonction de la réalité et des besoins recensés.

#### **4.4.2. MESURES A PRENDRE :**

1- Reprise ou création de formations concernant certaines catégories actuellement insuffisantes ou inexistantes de personnels nécessaires dans les équipes de prise en charge. C'est le cas :

Ergothérapie

Des assistantes sociales

Des psychomotriciens

Des éducateurs spécialisés

Des infirmiers spécialisés

#### **2- Formation de psychologie clinique :**

Il existe actuellement des lacunes importantes dans la formation des psychologues. Leur formation universitaire n'est pas assez coordonnée avec les structures de la santé publique. Des conventions devraient exister entre les comités pédagogiques et les structures de santé.

Il n'existe pas par ailleurs de formation post universitaire en psychopathologie. Il y'a lieu d'envisager dans ce domaine une année de formation supplémentaire avec stage obligatoire en milieu psychiatrique.

#### **3- Formation en psychiatrie :**

La formation est insuffisante dans le cadre de la formation graduée. Elle est limitée actuellement à 3 semaines et devrait être étendue à 6 semaines.

La formation des spécialistes en psychiatrie devrait comporter une année d'études supplémentaire et les équipes d'enseignants devraient être complétées.

Mettre rapidement en place le certificat d'Etudes spécialisées (C.E.S) de psychiatrie infanto-juvénile.

Enfin il y'a lieu d'institutionnaliser les échanges nationaux et internationaux entre les différents services et secteurs.

Un manque de prise en charge d'une certaine catégorie de la population en soins psychiatriques de prise en charge d'une certaine catégorie de la population en soins psychiatriques de façon spécifique et adapté, comme la psychiatrie de l'adolescent, la psychogériatrie, nous renvoie à élargir l'éventail des C.E.S. en santé mentale .

4. Formation en psychologie médicale :

La formation des médecins en psychologie médicale doit être intégrée au cursus de formation dès le début des stages hospitaliers et doit être continue durant toute la période du cursus clinique. Actuellement cette formation se fait sous forme d'un module dispensé en fin de cursus.

5. Formation des ergothérapeutes :

Actuellement en voie d'organisation sur des bases spécifiques pour l'intervention en santé mentale.

6. Formation des gestionnaires :

Celle-ci représente actuellement une nécessité vu la particularité de l'exercice en santé mentale, notamment le milieu psychiatrique. Elle doit particulièrement viser la gestion des ressources humaines et des équipes d'intervenants.

Formation de formateurs, auditeurs, évaluateurs et gestionnaires de programmes.

7. Formation continue des médecins généralistes :

Organiser une formation en santé mentale et dans la prise en charge des troubles neurologiques, notamment l'épilepsie pour les médecins généralistes dans le cadre de la formation médicale continue afin de répondre à la demande de soins en santé mentale qui dépasse les capacités de l'effectif en spécialiste existant.

8. Autres catégories de personnel :

Il est important de sensibiliser, dans le cadre de la prévention et pour une meilleure orientation et prise en charge des patients, les autres catégories de personnels de santé notamment les sages-femmes et les médecins généralistes aux problèmes de santé mentale.

#### **4.5. DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE :**

Il est fondamental, pour cerner au mieux les besoins en santé mentale de la population et planifier les services de santé mentale, d'engager des travaux de recherche sur les déterminants, la nature et les conséquences des troubles mentaux dans la population.

#### **4.6. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET SYSTEME D'INFORMATION :**

L'insuffisance des données épidémiologiques relatives à la santé mentale de la population impose :

La mise en place d'un système d'information et de recueil des données concernant les soins de santé mentale.

L'étude et la mise en œuvre d'un système de surveillance épidémiologique des troubles post-traumatiques liés à la violence.

#### **V- ECHEANCIER DE MISE EN ŒUVRE :**

Création des centres intermédiaires de santé mentale : 4ème trimestre 2001.

Formation des médecins généralistes à la prise en charge des affections mentales courantes : courant 2002.

Révision de la législation relative à la santé mentale : courant année 2001.

Renforcement de la psychiatrie d'urgence et mise à jour de la sectorisation avec hiérarchisation des soins : 1<sup>er</sup> trimestre 2002.

Assurer la disponibilité des psychotropes au sein des hôpitaux et dans les centres intermédiaires : courant année 2002.

Renforcement de la prise en charge des victimes de violence : 1<sup>er</sup> trimestre 2002.

Formation des intervenants à la prise en charge des psychotraumatismes : 1<sup>er</sup> trimestre 2002.

Organisation de la prise en charge des malades errants : 4ème trimestre 2001.

Organisation de campagnes de communication sociale : 1<sup>er</sup> trimestre 2002.

Révision de la formation en santé mentale dans le cadre de la formation graduée : année 2002/2003

Organisation de la formation des ergothérapeutes : année 2002.

Organisation de la formation des gestionnaires : année 2002.

Création de C.E.S en santé mentale, notamment en psychiatrie infanto-juvénile : année 2002/2003.

Organisation du recueil des données en santé mentale : 1<sup>er</sup> trimestre 2002.

Mise en place d'un système de surveillance épidémiologique de la violence : 1<sup>er</sup> trimestre 2002.

**INSTRUCTION N° 024 MSPRH/MIN DU 28 JUIN 2007  
RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES**

**DESTINATAIRES :**

**Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population**  
**En communication avec**  
**Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers**  
**Messieurs les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité**

Les dommages sanitaires liés à la drogue posent un problème de santé publique de plus en plus préoccupant en particulier chez les jeunes, ce qui nécessite des mesures préventives et curatives visant l'amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population.

Aussi dans le cadre de la prise en charge sanitaire des toxicomanes au sein de leur communauté, il vous est demandé l'aménagement d'un espace protégé constitué de 5 à 10 lits, destiné à la prise en charge des toxicomanes au niveau des établissements publics hospitaliers.

La prise en charge des toxicomanes doit être distincte des pathologies psychiatriques et faire appel à une équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge médicale et psychologique.

Par ailleurs, il y a lieu de prévoir à la sortie du toxicomane de l'établissement hospitalier, son orientation pour un suivi psychosocial et une réadaptation appropriée à son état.

Il y a lieu de prévoir également la formation des intervenants pour la prise en charge adaptée en collaboration avec le Comité national de lutte contre la toxicomanie et les Services spécialisés dans ce domaine.

Ce dispositif sera renforcé à moyen terme, par un réseau de prise en charge spécifique de la toxicomanie constitué de 53 centres intermédiaires de soins aux toxicomanes et de 15 centres de cure de désintoxication répartis sur le territoire national.

Un premier Rapport d'étape sur l'application de la présente instruction doit être transmis à la direction des services de santé du ministère de la santé Population et de la réforme Hospitalière au plus tard le 31 juillet 2007 et sera suivi d'un rapport final au plus tard le 31 décembre 2007.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

عمل تو

# **TRANSFUSION SANGUINE**

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

**Arrêté N° 2873/MSPRH/MIN du 16 Mai 2008 modifiant la liste des structures de transfusion sanguine annexé à l'arrêté n° 198 du 15 février 2006 portant création, organisation et définition des attributions des structures de transfusion sanguine.**

**Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,**

- Vu le décret présidentiel n°07-173 du 18 Jomada El Oula 1428 correspondant au 04 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu le décret exécutif n° 95-108 du 09 Avril 1995 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale du Sang ;
- Vu le décret exécutif n°93-53 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du Ministère de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996, fixant les attributions du Ministre de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°07-140 du 2 Jomada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, modifié et complété ;
- Vu l'arrêté n°198 du 15 février 2006 portant création, organisation et définition des attributions des structures de transfusion sanguine, notamment son article 7.

**Arrête**

**Article 1<sup>er</sup>** : La liste des structures de transfusion sanguine, leurs établissements de rattachement, les établissements couverts et leurs zones de collecte mobile, annexée à l'arrêté n°198 du 15 février 2006 susvisé, est modifiée conformément à la liste annexée au présent arrêté.

**Article 2** : Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière est chargé de l'application du présent arrêté.

**Article 3** : Le présent arrêté est publié au bulletin officiel du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Fait à Alger le, 16 Mai 2008

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la réforme Hospitalière

**AMAR Tou**

**ANNEXE : Liste des Structures de Transfusion Sanguine.**

**Wilaya d'ALGER :**

Identification	Etablissement de rattachement	Zone collecte mobile
CTS	CHU Alger Centre	Wilaya d'ALGER
CTS	CHU Béni-Messous	
CTS	CHU Bab El-oued	
CTS	CHU Hussein Dey	
CTS	EHS Salim Zmirli	
CTS	EHS Dr Maouche	
CTS	EHS Douéra	
CTS	EPH Kouba	
CTS	EPH Bologhine Ibn Ziri	
CTS	EPH Ain Taya	
CTS	EPH Rouiba	
PTS	EHS Ait-Idir	
PTS	EPH El-Biar (Djillali Belkhenchir)	
PTS	EPH El-Harrach	
PTS	EPH Zeralda	
BS	EHS AC CMPC	
BS	EHS Abderahmani	
BS	EHS Ben-Aknoun	
BS	EPH El Mouradia (Djillali Rahmouni)	

**Wilaya de CONSTANTINE**

Identification	Etablissement de rattachement	Zone collecte mobile
CTS	CHU Constantine	Wilaya de CONSTANTINE
CTS	EHS Daksi	
CTS	EHS Erriadh	
PTS	EHS Sidi Mabrouk	
BS	EH Constantine (Didouche Mourad)	
PTS	EPH El-Khroub (Mohamed Boudiaf)	
BS	EPH El-Khroub (Ali Mendjeli)	
BS	EPH Zighout Youcef	
BS	EPH Constantine (El Bir)	

**Wilaya d'ORAN**

Identification	Etablissement de rattachement	Zone collecte mobile
CTS	CHU Oran	Wilaya d'ORAN
CTS	EHU Oran	
PTS	EPH (El Mouhgoun)	
PTS	EHS Canastel	
BS	EHS AC Pédiatrique Messerghine	
BS	EPH Aïn-Turk (Akid Othmane)	



Région Centre :  
 Wilaya de BOUMERDES, MEDEA, BLIDA, TIPAZA, DJELFA, AIN-DEFLA, TIZI OUZOU, BEJAIA, BOUIRA, ET BORDJ BOU  
 ARRERIDJ.

Wilayas	ETS de rattachement	Identification	Zone collecte mobile
BOUMERDES		CWTS	WILAYA DE BOUMERDES
	EPH Thenia	PTS	
	EPH Bordj Menail	PTS	
	EPH Dellys	PTS	
MEDEA	EPH Médéa	CWTS	WILAYA DE MEDEA
	EPH Berrouaguia	PTS	
	EPH Tablat	BS	
	EPH Ain Boucif	BS	
	EPH Ksar El-Boukhari	PTS	
	EPH Béni-Slimane	PTS	
BLIDA	CHU Blida	CWTS	WILAYA DE BLIDA
	EPH Meftah	PTS	
	EPH El Affroun	PTS	
	EPH Boufarik	BS	
	CAC Blida	BS	
TIPAZA		CWTS	WILAYA DE TIPAZA
	EPH Hadjout	PTS	
	EPH Gouraya	BS	
	EPH Koléa	PTS	
DJELFA	EPH Sidi Ghilès	PTS	WILAYA DE DJELFA
	EPH Djelfa	CWTS	
	EPH Ain Oussara	PTS	
	EPH Messaad	PTS	
AIN-DEFLA	EPH Hassi Bahbah	PTS	WILAYA DE AIN-DEFLA
	EPH Ain Defla	CWTS	
	EPH Miliana	PTS	
	EPH Khemis Miliana	PTS	
TIZI OUZOU	EPH El-Attaf	PTS	WILAYA DE TIZI OUZOU
	CHU Tizi Ouzou	CWTS	
	EPH Larbaa Nath Irathen	BS	
	EPH Tigzirt	BS	
	EPH Draa El Mizan	PTS	
	EPH Boghni	BS	
	EPH Azzazga	PTS	
	EPH Azzefoun	BS	
EPH Ain-El Hammam	PTS		
BEJAIA	EPH Béjaïa (Khelil Amrane)	CWTS	WILAYA DE BEJAIA
	EPH Béjaïa (Frantz fanon)	BS	
	EPH Aokas	BS	
	EPH Akbou	PTS	
	EPH Sidi-Aich	PTS	
	EPH Kherrata	PTS	
	EPH Amizour	BS	
BOUIRA	EPH Bouira	CWTS	WILAYA DE BOUIRA
	EPH Méchdallah	BS	
	EPH Lakhdaria	PTS	
	EPH Sour El-Ghouzlane	PTS	
	EPH Ain Bessam	BS	
BBA	EPH Bordj Bou-Arreridj	CWTS	WILAYA DE BBA
	EPH Medjana	BS	
	EPH Ras El-Oued	PTS	

Région Est :  
 Wilaya de BATNA, OUM-EL-BOUAGHI, SETIF, TEBESSA, KHENCHELA, GUELMA, JIJEL, SKIKDA, EL-TARF, SOUK-AHRAS  
 ET M'SILA.

Wilayas	ETS de rattachement	Identification	Zone collecte mobile
BATNA	CHU Batna	CWTS	WILAYA DE BATNA
	EPH Arris 1	PTS	
	EPH Arris 2	BS	
	EPH Barika (Mohamed Boudiaf)	PTS	
	EPH Barika (Slimane Amirat)	BS	
	EPH Ain Touta	PTS	
	EPH Merouana (Ali Nemer)	BS	
	EPH Merouana (Ziza Massika)	PTS	
OUM- EL-BOUAGHI	EPH N'gaous	PTS	WILAYA DE OUM-EL-BOUAGHI
	EPH Oum El-Bouaghi(Mohamed Boudiaf)	CWTS	
	EPH Oum El-Bouaghi (Ancien hôpital)	BS	
	EPH Ain-Beïda(Boumali Mohamed)	PTS	
	EPH Ain-Beïda(Zerdani Salah)	BS	
	EPH Meskiana	PTS	
	EPH Ain-M'lila	PTS	
SETIF	EPH Ain El-Fekroun	BS	WILAYA DE SETIF
	CHU Sétif	CWTS	
	EH Ain Aazel	BS	
	EPH El Eulma	PTS	
	EPH Ain-Kebira	PTS	
	EPH Bougaa	PTS	
	EPH Ain Oulmène	PTS	
TEBESSA	EPH Ain Ourtilene	BS	WILAYA DE TEBESSA
	EPH Tébessa (Alia Salah)	CWTS	
	EPH Tébessa (Bouguerra Boulares)	BS	
	EPH Morsot	BS	
	EPH El Aouinet	BS	
	EPH Bir El-Ater	PTS	
KHENCHELA	EPH Cheria	BS	WILAYA DE KHENCHELA
	EPH Ouenza	BS	
	EPH Khenchela (Ali Boushaba)	CWTS	
	EPH Khenchela (Nouvel hôpital)	BS	
	EPH Chechar	PTS	
	EPH Kais	PTS	

Wilayas	ETS de rattachement	Identification	Zone collecte mobile
MILA	EPH Mila (Ancien Hôpital Frères Tobbal)	CWTS	WILAYA DE MILA
	EPH Mila (Frères Maghlaoui)	BS	
	EPH Chelghoum El-Aid	PTS	
	EPH Ferdjioua	PTS	
	EPH Oued Athmania	PTS	
ANNABA	CHU Annaba	CWTS	WILAYA DE ANNABA
	EHS El-Bouni	BS	
	EPH Ain-Berda	BS	
	EPH El Hadjar	BS	
	EPH Chetaibi	BS	
GUELMA	EPH Guelma (Hakim El Okbi)	CWTS	WILAYA DE GUELMA
	EPH Guelma (Ibn Zouhour)	BS	
	EPH Ain Larbi	BS	
	EPH Oued Zenati	PTS	
	EPH Bouchegouf	BS	
JIJEL	EPH Jijel	CWTS	WILAYA DE JIJEL
	EPH Taher	PTS	
	EPH El-Milia	PTS	
SKIKDA	EPH Skikda (Ancien hôpital)	CWTS	WILAYA DE SKIKDA
	EPH El Harrouch	PTS	
	EPH Collo	PTS	
	EPH Azzaba	PTS	
	EPH Tamalous	PTS	
	EH Skikda	PTS	
EL-TARF	EPH El-Tarf	CWTS	WILAYA DE EL-TARF
	EPH El-Kala	PTS	
	EPH Bouhadjar	BS	
SOUK-AHRAS	EPH Souk Ahras (Ancien Hôpital)	CWTS	WILAYA DE SOUK-AHRAS
	EPH Souk Ahras (Ibn Rochd)	BS	
	EPH Sedrata	PTS	
M'SILA	EPH M'Sila	CWTS	WILAYA DE M'SILA
	EPH Boussaada	PTS	
	EPH Sidi Aissa	PTS	
	EPH Ain-El-Melh	PTS	

Région Ouest :

Wilaya de TLEMCCEN, RELIZANE, CHLEF, AIN-TEMOUCHENT, MOSTAGANEM, SAIDA, MASCARA, TISSEMSSILT, TIARET ET SIDI BELABBES.

Wilayas	ETS de rattachement	Identification	Zone collecte mobile
TLEMCCEN	CHU Tlemcen	CWTS	WILAYA DE TLEMCCEN
	EPH Ghazaouet	PTS	
	EPH Sebdou	BS	
	EPH Maghnia	PTS	
	EPH Nedroma	BS	
RELIZANE	EPH Relizane	CWTS	WILAYA DE RELIZANE
	EPH Oued R'hiou	BS	
	EPH Mazouna	PTS	
CHLEF	EPH Chlef (Chorfa)	CWTS	WILAYA DE CHLEF
	EPH Chlef (Ouled Mohamed)	BS	
	EPH Tenes (Ancien Hôpital)	PTS	
	EPH Tenes (Zighoud Youcef)	PTS	
	EPH Sobha	PTS	
	EPH Chetia	PTS	
	EPSP Boukadir	BS	
	EPSP Ouled-Farès		
AIN-TEMOUCHENT	EH Ain-Temouchent	CWTS	WILAYA DE AIN-TEMOUCHENT
	EPH Ain-Temouchent	BS	
	EPH Hammam Bouhadjar	BS	
	EPH Bénisaf	BS	
MOSTAGANEM	EPH Mostaganem	CWTS	WILAYA DE MOSTAGANEM
	EPH Sidi Ali	PTS	
	EPH Ain Tedlès	PTS	
SAIDA MASCARA	EPH Saida	CWTS	WILAYA DE SAIDA
	EPH Mascara (Issad Khaled)	CWTS	
	EPH Mascara Meslem tayeb)	BS	
	EPH Mohammadia	PTS	
	EPH Sig	PTS	
	EPH Tighenif	PTS	
TISSEMSSILT	EPH Ghriss	PTS	WILAYA DE TISSEMSSILT
	EPH Tissemsilt	CWTS	
	EPH Theniet El Had	PTS	
TIARET	EPH Bordj Bounaama	PTS	WILAYA DE TIARET
	EPH Tiaret	CWTS	
	EPH Sougueur	PTS	
	EPH Mahdia	PTS	
	EPH Frenda	PTS	
SIDI BELABBES	EPH Ksar Chelala	PTS	WILAYA DE SIDI BELABBES
	CHU Sidi Belabbes	CWTS	
	EPH Ben Badis	BS	
	EPH Sfisef	BS	
	EPH Telagh	PTS	

Région Sud Est :

Wilaya de : OUARGLA, EL-OUED, BISKRA, GHARDAIA, ILLIZI, TAMNAGHASSET ET LAGHOUAT

Wilayas	ETS de rattachement	Identification	Zone collecte mobile
OUARGLA	EPH Ouargla	CWTS	WILAYA DE OUARGLA
	EPH Touggourt	CTS	
	EPH Hassi-Messaoud	PTS	
	EPH Taibet	PTS	
	EPSP El Hadjira	PTS	
EL OUED	EPH El-Oued	CWTS	WILAYA D'EL OUED
	EPH El-Meghaier	PTS	
	EPH Djemaà	PTS	
BISKRA	EPH Biskra (Bachir Benaceur)	CWTS	WILAYA DE BISKRA
	EPH Biskra (Dr Saadane)	BS	
	EPH Ouled Djellal	PTS	
	EPH Tolga	BS	
	EPSP Sidi-Okba	BS	
GHARDAIA	EPH Ghardaïa	CWTS	ILAYA DE GHARDAIA
	EPH Metlili	PTS	
	EPH Guerara	PTS	
	EPH El Menéa	PTS	
ILLIZI	EPH Illizi	CWTS	WILAYA D'ILLIZI
	EPH Djanet	CTS	
TAMNAGHASSET	EPH Tamnaghasset	CWTS	WILAYA DE TAMNAGHASSET
	EPH Ain Salah	CTS	
LAGHOUAT	EPH Laghouat	CWTS	WILAYA DE LAGHOUAT
	EPH Aflou	CTS	

Région Sud Ouest :

Wilaya de NAAMA, BECHAR, EL-BAYADH, ADRAR ET TINDOUF

Wilayas	ETS de rattachement	Identification	Zone collecte mobile
NAAMA	EPH Naama	BS	WILAYA DE NAAMA
	EPH Mecheria	CWTS	
	EPH Ain-Sefra	CTS	
BECHAR	EPH Béchar (Nouvel hôpital)	CWTS	WILAYA DE BECHAR
	EPH Béchar (Ancien hôpital)	BS	
	EPH Abadla	PTS	
	EPH Béni-Abbès	CTS	
EL-BAYADH	EPH El-Bayadh	CWTS	WILAYA D'EL-BAYADH
	EPH El-Abiedh-Sidi-Cheikh	PTS	
	EPH Bougtob	PTS	
ADRAR	EPH Adrar	CWTS	WILAYA D'ADRAR
	EPH Timimoun	CTS	
	EPH Reggane	CTS	
TINDOUF	EPH Tindouf	CWTS	WILAYA DE TINDOUF

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125(alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n°66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal, notamment ses articles 303 bis 18 et 303 bis 19 ;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment ses articles 158 à 160 et 263 ;

Vu la loi n°88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;

Vu la loi n°90-21 du 15 août 1990, modifiée et complétée, relative à la comptabilité publique ;

Vu l'ordonnance n°95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;

Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;

Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret présidentiel n°09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°91-313 du 7 septembre 1991 fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n°95-108 du 9 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 9 avril 1995 portant création, organisation et fonctionnement de l'agence nationale du sang ;

Vu le décret exécutif n°97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés ;

Vu le décret exécutif n°97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n°07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ;

Vu le décret exécutif n°07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de fixer les dispositions applicables à l'agence nationale du sang, créée par le décret exécutif n°95-108 du 9 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 9 avril 1995, susvisé, ci-après désignée

« l'agence » par abréviation « ANS ».

## CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES

**Article 2 :** L'agence est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

**Article 3 :** L'agence est placée sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

**Article 4 :** Le siège de l'agence est fixé à Alger.

**Article 5 :** L'agence a pour missions :

- l'élaboration et la proposition de la politique du sang et le suivi de sa mise en œuvre ;
- la prise en charge des besoins nationaux en produits sanguins ;
- l'élaboration et la proposition des règles de bonnes pratiques transfusionnelles et les normes en matière de contrôle du sang et de ses dérivés ;
- l'établissement de la nomenclature des réactifs, des consommables et des équipements nécessaires aux activités de collecte, de préparation, de qualification, de stockage et de transport des produits sanguins labiles ainsi que des techniques utilisables ;
- la proposition des tarifs de cession des intrants relatifs aux produits sanguins labiles ;
- la promotion du don de sang, la collecte, la préparation, la qualification et la distribution des produits sanguins labiles ;
- la préparation de plasma à usage industriel ;
- la mise en place d'un système d'assurance qualité ;
- la validation des techniques, des bonnes pratiques et des procédures de confirmation de tout marqueur nécessaire à la qualification des produits sanguins labiles ;
- le contrôle et l'expertise des produits sanguins labiles ;
- la constitution et la gestion d'une réserve stratégique de sang dans le cadre de la prévention des risques majeurs et la gestion des catastrophes ;
- la promotion des activités de fractionnement et des biotechniques dans le domaine du sang ;
- la promotion, le développement et la fabrication des réactifs destinés à la qualification biologique du sang et ses dérivés ;
- la coordination des activités des agences régionales du sang prévues à l'article 8 ci-dessous ;
- la tenue des fichiers nationaux et régionaux des donneurs de sang et des donneurs de moelle osseuse à des fins de traçabilité ;
- la centralisation de l'information en matière de sang et de ses dérivés aux fins d'évaluation ;
- la formation et la recherche dans le domaine du sang, en liaison avec les structures et organismes concernés, notamment en matière de profils et de programmes de formation et la coordination de l'activité de recherche ;
- la réalisation de prestations et services ayant un rapport avec ses missions ;
- la représentation de l'Algérie dans les instances internationales dans le domaine de sa compétence.

L'agence entretient, en outre, des relations de coordination avec les structures de transfusion sanguine relevant du ministère de la défense nationale.

**Article 6 :** L'agence est le promoteur en matière de développement de l'industrie du sang en Algérie.

**Article 7 :** Dans le cadre de ses compétences, l'agence exerce ses missions à travers l'ensemble du territoire national en sa qualité d'opérateur exclusif en matière de sang.

A l'exception des structures de transfusion sanguine relevant du ministère de la défense nationale, nuls autres établissements, structures ou associations ne peuvent exercer les activités inhérentes à la collecte, à la préparation, à la qualification et à la distribution du sang et produits sanguins labiles.

**Article 8 :** L'agence dispose d'un laboratoire et d'agences régionales du sang pour couvrir et prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins en sang des établissements de santé au niveau des wilayas.

La liste des agences régionales du sang, leur dénomination, leur siège ainsi que leur compétence territoriale sont fixés conformément à l'annexe jointe au présent décret.

CHAPITRE II  
**ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT**

**Article 9 :** L'agence est administrée par un conseil d'administration, dirigée par un directeur général et dotée d'un conseil scientifique.  
Section 1

**Le conseil d'administration**

**Article 10 :** Le conseil d'administration, présidé par le ministre chargé de la santé ou son représentant, comprend :

- le représentant du ministre de la défense nationale ;
- le représentant du ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et des collectivités locales ;
- le représentant du ministre des finances ;
- le représentant du ministre des affaires religieuses et des wakfs ;
- le représentant du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;
- le représentant du ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale ;
- le représentant du ministre de la solidarité nationale, de la famille et de la communauté nationale à l'étranger ;
- le président du conseil scientifique de l'agence ;
- le représentant de l'institut national de santé publique ;
- le représentant de l'institut Pasteur d'Algérie ;
- le représentant du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques ;
- le représentant du Croissant Rouge Algérien ;
- un représentant d'associations activant dans le domaine du don de sang ;
- deux représentants des personnels de l'agence.

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

Le directeur général de l'agence assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat.

**Article 11 :** Les membres du conseil d'administration sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent pour une durée de trois (3) ans, renouvelable une (1) fois.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, il est procédé à son remplacement dans les mêmes formes. Le membre nouvellement désigné lui succède jusqu'à expiration du mandat.

Le mandat des membres désignés en raison de leurs fonctions cesse avec la cessation de celles-ci.

**Article 12 :** Le conseil d'administration délibère notamment sur :

- le schéma d'organisation de la transfusion sanguine ;
- les plans et programmes annuels et pluriannuels de l'agence ;
- le projet de budget de l'agence, établi par le directeur général de l'agence ;
- l'organisation interne de l'agence ;
- le règlement intérieur de l'agence ;
- les projets de programmes d'investissement, d'aménagement, d'équipement et d'extension de l'agence ;
- les effectifs du personnel de l'agence, les plans de formation et de perfectionnement des personnels, notamment en matière de transfusion sanguine ;
- les marchés, accords, contrats et conventions ;
- les dons et legs ;
- les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location ;
- la rétribution des activités, travaux d'études, expertises, prestations et services effectués par l'agence ;
- le rapport annuel d'activités de l'agence ;
- toutes questions tendant à améliorer le fonctionnement de l'agence et à favoriser la réalisation de ses objectifs.

**Article 13 :** Le conseil d'administration se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire deux (2) fois par an.

Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande soit de son président soit, des deux tiers (2/3) de ses membres.

**Article 14 :** L'ordre du jour est établi par le président du conseil d'administration sur proposition du directeur général de l'agence.

**Article 15 :** Les convocations, accompagnées de l'ordre du jour, sont adressées aux membres, au moins quinze (15) jours avant la date de la réunion.

**Article 16 :** Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement, que si au moins la moitié des membres sont présents.

Si le quorum n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

**Article 17 :** Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité simple des voix.

En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

**Article 18 :** Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux consignés sur un registre coté et paraphé par le président du conseil d'administration. Les délibérations du conseil d'administration sont transmises, pour approbation à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion.

**Article 19 :** Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires trente (30) jours après leur transmission, sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

Section 2

**Le directeur général**

**Article 20 :** Le directeur général de l'agence est nommé par décret présidentiel sur proposition du ministre chargé de la santé.

Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

**Article 21 :** Le directeur général assure le bon fonctionnement de l'agence.

A ce titre :

- il met en œuvre les décisions du conseil d'administration ;
- il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il établit le projet de budget de l'agence qu'il soumet à l'approbation du conseil d'administration ;
- il établit les projets d'organisation interne et de règlement intérieur de l'agence ;
- il élabore les plans et programmes à soumettre aux délibérations du conseil d'administration ;
- il passe tout marché, contrat, convention ou accord conformément à la législation et à la réglementation en vigueur ;
- il nomme aux emplois pour lesquels aucun autre mode de nomination n'est prévu ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel de l'agence ;
- il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs.
- il établit le rapport annuel d'activités de l'agence qu'il transmet à l'autorité de tutelle ;
- il est ordonnateur du budget de l'agence.

**Article 22 :** Le directeur général est assisté dans ses missions par un secrétaire général et des directeurs nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition du directeur général de l'agence.

**Article 23 :** L'organisation interne de l'agence nationale et des agences régionales du sang est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

### Section 3

#### Le conseil scientifique

**Article 24 :** Le conseil scientifique est un organe consultatif chargé d'émettre des avis, des propositions et des recommandations sur toutes questions de nature médicale, scientifique et technique en rapport avec les missions de l'agence, notamment en matière :

- du schéma organisationnel des activités de collecte, de préparation, de qualification, de stockage et de transport du sang ;
- de promotion, du développement des biotechnologies et fabrication des réactifs ;
- de formation et de recherche dans le domaine du sang ;
- de développement industriel des dérivés du sang ;
- de promotion du don du sang.

Il établit et propose la nomenclature des réactifs et équipements.

**Article 25:** Le conseil scientifique est composé :

- du directeur général de l'agence ;
- de trois (3) spécialistes en transfusion sanguine ;
- d'un (1) spécialiste dans chacune des spécialités suivantes :

\* hémobiologie ;

\* hématologie ;

\* microbiologie ;

\* maladies infectieuses ;

\* chirurgie ;

\* gynécologie obstétrique ;

\* pédiatrie ;

\* anesthésie réanimation ;

\* oncologie ;

\* médecine légale ;

- d'un (1) représentant de chacun des organismes suivants :

\* l'institut national de santé publique ;

\* l'institut Pasteur d'Algérie ;

\* le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques ;

\* le centre de transfusion sanguine de l'armée.

**Article 26 :** Le conseil scientifique est présidé par un membre élu par ses pairs à la majorité simple des voix, pour une durée de trois (3) années, renouvelable une (1) seule fois.

**Article 27 :** Les membres du conseil scientifique sont désignés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'agence pour une période de trois (3) années, renouvelable.

**Article 28 :** Le conseil scientifique se réunit tous les trois (3) mois en session ordinaire sur convocation de son président.

Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande soit de son président, soit des deux tiers (2/3) de ses membres.

**Article 29 :** Le conseil scientifique élabore et adopte son règlement intérieur.

### Section 4

#### Les agences régionales du sang

**Article 30 :** Les agences régionales du sang sont chargées, notamment, d'assurer les activités liées à la transfusion sanguine au niveau local et de coordonner les activités des centres de sang de wilaya prévus à l'article 32 ci-dessous relevant de leur compétence.

**Article 31 :** Les agences régionales du sang sont dirigées par des directeurs nommés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'agence.

**Article 32:** Les agences régionales du sang disposent de centres de sang de wilaya et de banques de sang.

Les missions des centres de sang de wilaya et des banques de sang sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 33 :** Les chefs de centres de sang de wilaya et les responsables des banques de sang sont nommés par décision du directeur général de l'agence.

**Article 34 :** Les agences régionales sont dotées de tous les moyens humains, financiers et matériels nécessaires à la réalisation des missions qui leur sont assignées.

### CHAPITRE III

#### DISPOSITIONS FINANCIERES

**Article 35 :** Le budget de l'agence préparé par le directeur général, adopté par le conseil d'administration, est soumis à l'approbation conjointe du ministre de tutelle et du ministre chargé des finances.

**Article 36:** Le budget de l'agence comprend :

**Au titre des recettes :**

- les subventions allouées par l'Etat ;
- les contributions des collectivités locales ;
- les contributions des établissements ou organismes publics et privés ;
- les recettes diverses liées à l'activité de l'agence ;
- les dons et legs.

**Au titre des dépenses :**

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement ;
- toutes autres dépenses nécessaires à la réalisation de ses missions.

**Article 37:** La qualité d'ordonnateur secondaire peut être conférée aux directeurs des agences régionales du sang par le directeur général de l'agence.

**Article 38 :** L'ordonnateur principal émet des délégations de crédits au profit des ordonnateurs secondaires et met à leur disposition des fonds pour la couverture des dépenses.

**Article 39 :** Chaque agence régionale du sang peut disposer d'un comptable secondaire agréé dans les formes prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 40 :** La comptabilité de l'agence est tenue conformément aux règles de la comptabilité publique et le maniement des fonds est confié à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre chargé des finances.

**Article 41 :** Le contrôle financier de l'agence est exercé par un contrôleur financier désigné par le ministre chargé des finances.

### CHAPITRE IV

#### DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

**Article 42 :** Sont transférées à l'agence nationale du sang toutes les missions et activités relatives à la transfusion sanguine exercées, notamment, par les centres de wilaya de transfusion sanguine, les centres de transfusion sanguine, les postes de transfusion sanguine et les banques de sang relevant des établissements publics de santé.

**Article 43 :** L'ensemble des biens, moyens et personnels relevant des structures de transfusion sanguine, prévues à l'article 42 ci-dessus, est transféré à l'agence nationale du sang conformément à la législation et la réglementation en vigueur.



Le transfert des biens et moyens, cités à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus, donne lieu à l'établissement d'un inventaire qualitatif, quantitatif et estimatif dressé conformément aux lois et règlements en vigueur par une commission dont les représentants sont désignés conjointement par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé des finances.

**Article 44 :** La mise en œuvre du schéma organisationnel de la transfusion sanguine, notamment la mise en place des agences régionales du sang, doit s'effectuer dans un délai de trois (3) années à compter de la date de la publication du présent décret au Journal officiel.

**Article 45 :** L'inobservation des dispositions législatives et réglementaires en matière de sang entraîne l'application des sanctions prévues par la législation en vigueur, notamment celles prévues par l'ordonnance n°66-156 du 8 juin 1966 portant code pénal et la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

**Article 46 :** Sont abrogées les dispositions contraires au présent décret, notamment celles du décret exécutif n°95-108 du 9 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 9 avril 1995 portant création, organisation et fonctionnement de l'agence nationale du sang.

**Article 47 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 20 Chaâbane 1430 correspondant au 11 août 2009.

**Ahmed OUYAHIA.**

**ANNEXE**

DENOMINATION DES AGENCES REGIONALES DU SANG	SIEGE	COMPETENCE TERRITORIALE
Agence régionale d'Alger	Alger	Alger, Blida, Tipaza Médéa , Ain Defla
Agence régionale de Tizi Ouzou	Tizi Ouzou	Tizi Ouzou, Béjaïa, Boumerdès, Bouira
Agence régionale de Sétif	Sétif	Sétif, Jijel, M.sila, Bordj Bou Arréridj
Agence régionale de Constantine	Constantine	Constantine, Skikda, Mila Oum El Bouaghi
Agence régionale de Batna	Batna	Batna, Khenchela, Tébessa
Agence régionale de Annaba	Annaba	Annaba, El Tarf, Guelma Souk Ahras
Agence régionale d'Oran	Oran	Oran, Mostaganem, Sidi Bel Abbès Mascara, Saïda
Agence régionale de Tlemcen	Tlemcen	Tlemcen , Ain Témouchent, Naâma
Agence régionale de Tiaret	Tiaret	Tiaret, Relizane, Tissemsilt, Chlef
Agence régionale de Biskra	Biskra	Biskra, Djelfa, El Oued
Agence régionale de Béchar	Béchar	Béchar, Tindouf, Adrar, El Bayadh
Agence régionale de Ouargla	Ouargla	Ouargla, Ghardaïa, Laghouat, Illizi, Tamanghasset

Le Ministre de la Santé et de la Population

Vu le décret exécutif n° 95-108 du 09 Avril 1995 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale du Sang ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 Janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé,  
Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 Châabane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés,  
Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Châabane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires,  
Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 Châabane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires,  
Vu l'arrêté interministériel du 29 août 1995 portant création et/ou régularisation de services Hospitalo-Universitaires et de leurs unités constitutives,  
Vu l'arrêté interministériel du 30 août 1995 portant création et/ou régularisation de services Hospitalo-Universitaires et de leurs unités constitutives,  
Vu les arrêté interministériel du 5 février 1996 portant création et/ou régularisation de services Hopitalo-Universitaires et de leurs unités constitutives,  
Vu l'arrêté ministériel n°219 du 07 décembre 1991 modifié et complété par l'arrêté n°15 du 13 juillet 1993 portant organisation de la transfusion sanguine et création des centres et postes de transfusion sanguine  
Vu l'arrêté ministériel du 24 Mai 1998 portant sur la liste matériels et consommables nécessaires pour le fonctionnement des structures chargées de la transfusion sanguine,  
Vu l'arrêté ministériel du 24 Mai 1998 rendant le dépistage obligatoire de l'infection par le virus du sida, des hépatites B et C et de la syphilis dans le don de sang et d'organe,  
Vu l'arrêté ministériel du 24 Mai 1998 portant sur les conditions de distribution du sang et de ses dérivés labiles,  
Vu l'arrêté ministériel du 24 Mai 1998 portant sur les règles régissant le don du sang de ses composants,  
Vu l'arrêté ministériel portant sur les règles régissant le prélèvement de sang pour une transfusion autologue programmée,  
Vu l'arrêté ministériel du 24 mai 1998 portant sur les règles de bonnes pratiques des qualifications biologiques du don de sang,  
Vu l'arrêté ministériel du 24 Mai 1998 portant sur les règles de bonnes pratiques de préparation des produits sanguins labiles à usage thérapeutique,  
Vu l'arrêté ministériel du 24 Mai 1998 portant sur la prévention et mesures à prendre en cas d'accident transfusionnel immunologique ou septique,  
Vu l'arrêté ministériel du 24 Mai 1998 portant sur les règles et procédures de contrôle des produits sanguins stables,  
Vu la décision ministériel n° 97 du 18 Octobre 1998 portant convention type relative aux conditions et aux modalités d'approvisionnement et de cession des produits sanguins labiles.

#### **Arrête :**

#### **Chapitre 1**

#### **Dispositions Générales**

**Article 1 :** Le présent arrêté a pour objet la régularisation, la création et les attributions des structures de transfusion sanguine.

**Article 2 :** L'activité de transfusion sanguine est assurée par des structures spécialisées en transfusion sanguine dénommées : Centre de Transfusion Sanguine (CTS), Poste de Transfusion Sanguine (PTS) et Banque de Sang (BS), relevant de Secteurs Sanitaires, de Centres Hospitalo-Universitaires et d'Etablissements Hospitaliers Spécialisés couvrant une circonscription territoriale déterminée.

**Article 3 :** La liste des structures de transfusion sanguine et les circonscriptions qu'elles couvrent sont fixées en annexe du présent arrêté.

**Article 4 :** La création, la suspension, la modification des Centres de Transfusion Sanguine, des Postes de Transfusion Sanguine et des Banques de Sang ne sont prononcées que par arrêté du Ministre de la Santé et de la Population sur proposition de l'Agence Nationale du Sang.

#### **Chapitre 2**

#### **Attributions des Centres de Transfusion Sanguine, des Postes de Transfusion Sanguine et des Banques de sang.**

**Article 5 :** Le Centre de Transfusion (CTS) est chargé :

- de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions nécessaires pour promouvoir le don du sang,
- de recruter les donneurs, et organiser des programmes de collecte de sang,
- d'établir des listes et gérer un fichier informatique des donneurs de sang,
- d'assurer le contrôle médical des donneurs de sang tant lors de leur recrutement que lors des examens périodiques ultérieurs,
- de procéder au prélèvement du sang,
- de constituer des dépôts de sang humain et de ses dérivés et d'en assurer la bonne conservation,
- de disposer de réserves de sang et de ses dérivés afin de pouvoir répondre à des demandes inattendues en cas de catastrophe,
- de procéder aux qualifications Immuno-Hématologiques et Sérologiques,
- de préparer les dérivés sanguins labiles standards,
- de distribuer les dérivés sanguins labiles,
- de distribuer les dérivés sanguins stables,
- d'assurer un service d'urgence de la transfusion sanguine.

**Article 6 :** Outre les attributions visées à l'article 5 ci-dessus, les Centre de Transfusion Sanguine peuvent après agrément de l'Agence Nationale du Sang assurer :

- la préparation de plasma pour fractionnement,
- les activités d'aphérèse,
- la préparation des sérums tests pour la détermination des groupes sanguins,
- la formation et l'enseignement en matière de transfusion sanguine.

**Article 7 :** Le poste de transfusion Sanguine (PTS) est chargé :

- de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions nécessaires pour promouvoir le don du sang,
- de recruter les donneurs, et organiser des programmes de collecte de sang,
- d'assurer le contrôle médical des donneurs de sang tant lors de leur recrutement que lors des examens périodiques ultérieurs,
- de procéder au prélèvement du sang,
- de constituer des dépôts de sang humain et d'en assurer la bonne conservation,
- de disposer de réserves de sang,
- de procéder aux qualifications Immuno-Hématologiques et Sérologiques,
- de distribuer les dérivés sanguins labiles et stables,
- d'assurer un service d'urgence de la transfusion sanguine,

**Article 8** : La banque de sang est chargée de distribuer le sang et ses dérivés labiles qu'elle reçoit du Centre ou du Poste de Transfusion Sanguine.

**Chapitre 3**  
***Dispositions Finales***

**Article 9** : Sont abrogées, les dispositions de l'arrêté ministériel n°219 du 07 décembre 1991 susvisé.

**Article 10** : Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population est chargé de l'application du présent arrêté.

Fait à Alger, le 09 novembre 1998.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

**Arrêté du 24 Mai 1998 fixant la liste des Matériels et Consommables nécessaires pour le fonctionnement des Structures chargées de la Transfusion Sanguine.**

Le Ministre de la Santé et de la Population ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée, notamment son article 158 ;  
Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;  
Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 rendant obligatoire le dépistage de l'infection par le virus du SIDA, des hépatites B et C et de la syphilis dans le don de sang et d'organe ;  
Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles régissant le don du sang et de ses composants ;  
Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles de bonnes pratiques des qualifications biologiques du don de sang ;  
Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles de bonnes pratiques de préparation des produits sanguins labiles à usage thérapeutique ;  
Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les caractéristiques des produits sanguins labiles à usage thérapeutique ;

**Arrête :**

**Article 1** : Le présent arrêté a pour objet de fixer la liste des matériels et consommables nécessaires pour le fonctionnement des structures chargées de la Transfusion Sanguine.

**Article 2** : Les matériels et les consommables nécessaires pour le fonctionnement d'une structure chargée de la Transfusion Sanguine sont fixés en annexe du présent arrêté.

**Article 3** : Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population est chargé de l'application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

## **ANNEXE**

### **1. Matériels et consommables nécessaires pour l'examen clinique du donneur :**

#### **\* Matériels :**

- Table d'auscultation
- Pèse personne
- Stéthoscope.
- Tensiomètre.
- Lampe.

#### **\* Consommables :**

- Abaisse langue.

### **2. Matériels et consommables nécessaires pour le prélèvement du donneur :**

#### **\* Matériels :**

- Fauteuil pour prélèvement.
- Agitateurs de poches de sang.
- Lampes de tables.
- Portoirs à tubes à essais
- Pincés de Péan (18 cm)
- Ciseaux (18 cm, 30 cm)
- Appareils à cytoplasmaphérèse
- Source d'oxygène.

#### **\* Consommables :**

- Poches avec anticoagulants pour prélèvement du donneur :

- a)- Simples.
- b)- Doubles.
- c)- Triples.
- d)- Quadruples.
- e)- Quintuples.

- Anneaux ou clips à clamber
- Tubes à essais.

- Tubes à prélèvement avec anticoagulants :

- a)- EDTA.
- b)- Wintrobe pour la réalisation des groupages.
- c)- Citrate.

- Tubes secs 5 ml, 10 ml.

- Aiguilles à prélèvement.
- Seringues (2 ml, 5 ml, 10 ml).
- Kits pour appareils à cytoplasmaphérèse.
- Gants.

### **3. Matériels et consommables nécessaires pour le traitement du sang :**

#### **\* Matériels :**

- Enceinte à flux laminaire
- Balance (2kg)
- Centrifugeuses réfrigérées.
- Extracteurs de plasma.
- Soudeuses (clampeuses) électriques.
- Pesons à ressort.
- Appareils à congélation rapide du plasma.
- Congélateurs (-30°C, -80°C).
- Chambre froide + 4°C
- Réfrigérateurs pour les réactifs.
- Agitateurs de plaquettes avec incubateur + 20°C.
- Centrifugeuses de paillasse.
- Bain-marie en Plexiglas.
- Pincés
- Ciseaux
- Thermomètre pour le Bain-marie
- Plaques d'opaline.
- Pissettes

#### **\* Consommables :**

- Filtres pour concentrés érythrocytaires
- Filtres pour concentrés plaquettaires
- Poches de transfert de 300 ml à usage pédiatrique
- Poches de transfert de 600 ml à usage adulte
- Anneaux ou clips

### **4. Matériels et consommables nécessaires pour les qualifications immuno-hématologique :**

#### **\* Matériels :**

- Rhéusoscopes
- Centrifugeuses de paillasse pour tubes 5 ml et 10 ml
- Centrifugeuses pour plaques à microtitration
- Incubateur 37 °C
- Chambre froide + 4°C.
- Réfrigérateurs.
- Bain-marie (37°C à 56°C)
- Etuve 37 °C
- Pipettes automatiques réglables
- Pipettes multicanaux réglables
- Portoirs à tubes secs de 5 ml
- Portoirs à tubes secs de 10 ml
- Portoirs à tubes à hémolyse
- Cristallisoir (250 ml-500 ml)
- Miroir de Clark

\* Consommables :

- Plaques pour groupages (plaques d'Opaline)
- Plaques pour microtitration
- Embouts (0-100 µl) (100-1000 µl) (µ = miro)
- Pipettes en plastique (1 ml, jetables)
- Tubes secs de 5 ml
- Tubes secs de 10 ml
- Tubes à hémolyse
- Pipettes pasteurs
- Paires pour pipettes pasteurs
- Gants.

5. Matériels et consommables nécessaires pour les qualifications sérologiques :

\* Matériels :

- Chaîne ELISA.
- Agitateurs de plaques de microtitration
- Incubateurs 37 °C des plaques de microtitration.
- Centrifugeuses de paillasse.
- Réfrigérateurs
- Chambre froide + 4°C
- Portoirs à tubes à essais
- Portoirs à tubes à hémolyse
- Pipettes automatiques réglables
- Pipettes automatiques multicanaux réglables

\* Consommables :

- Tubes à essais
- Tubes à hémolyse
- Plaques de microtitration
- Embouts (0-100 µl) (100-1000 µl)- Gants

6. Matériels et consommables nécessaires pour réaliser d'autres examens biologiques :

\* Matériels :

- Centrifugeuses pour microhématocrite.
- Microscope binoculaire.
- Analyseur hématologique automatique.
- Portoirs à tubes à essais (2 x 16)
- Portoirs à tubes à essais (4 x 16)
- Portoirs à tubes à hémolyse (2 x 16)
- Portoirs à tubes à hémolyse (4 x 16)
- Fûts métalliques inoxydables (pour la stérilisation des tubes)

\* Consommables :

- Tubes à essais
- Tubes à hémolyse
- Tubes capillaires pour microhématocrite
- Pâte à modeler pour tubes capillaires pour microhématocrite
- Lames de verre.
- Cellules de Malassez ou Nageotte.
- Pipettes de Potain. - Gants.

Le Ministre de la Santé et de la Population ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée, notamment son article 158;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;

Vu L'arrêté du 24 Mai 1998 fixant la liste des matériels et consommables nécessaires pour le fonctionnement des structures chargées de la Transfusion Sanguine

**Arrête :**

**Article 1 :** Le présent arrêté a pour objet de fixer les règles régissant le don du sang et de ses composants.

**Article 2 :** Le don du sang s'effectue dans l'intérêt du receveur sans léser le donneur et relève des principes éthiques du bénévolat, de l'anonymat du don et de l'absence de profit.

**Article 3 :** Les prélèvements de sang total sont effectués chez les sujets âgés de dix huit à soixante cinq ans jusqu'au jour de leur soixante sixième anniversaire exclu.

Il ne peut être prélevé de sang chez des personnes ayant atteint soixante ans et n'ayant jamais donné de sang auparavant.

Le volume maximal prélevé à chaque don est de 08 millilitres par kilogramme sans dépasser un volume total de 500 millilitres.

La fréquence des dons de sang total ne doit pas être supérieure à cinq fois par an pour les hommes et trois fois par an pour les femmes. Toutefois entre soixante et soixante cinq ans, le nombre de prélèvements annuels chez les hommes et chez les femmes ne peut être supérieur à trois.

L'intervalle entre deux dons est au moins égale à huit semaines.

**Article 4 :** Le prélèvement de plaquettes par aphérèse est effectué chez les sujets âgés de dix huit à soixante ans jusqu'au jour de leur soixante et unième anniversaire exclu.

Le volume maximum du prélèvement de plaquettes d'aphérèse est de 600 millilitres.

Le nombre de plaquettes prélevées est compris entre  $6 \times 10^{11}$  et  $8 \times 10^{11}$ .

La fréquence des prélèvements ne doit pas être supérieure à cinq fois par an.

La contamination résiduelle lymphocytaire lors de chaque don en aphérèse plaquettaire ne doit pas être supérieur à  $5 \times 10^6$ .

L'intervalle entre deux prélèvements est au moins égale à huit semaines.

**Article 5 :** Les prélèvements de plasma par aphérèse sont effectués chez des sujets âgés de dix huit à soixante ans jusqu'au jour de leur soixante et unième anniversaire exclu.

Le volume de plasma prélevé ne doit pas excéder :

- 600 millilitres par don.

- 02 litres par mois

- 12 litres par an.

La fréquence des prélèvements de plasma ne doit pas être supérieure à vingt fois par an.

L'intervalle entre deux dons est au moins égale à deux semaines.

**Article 6 :** Un donneur peut participer aux différents types de don.

Toutefois le médecin des donneurs fixe les limites des possibilités de don pour chaque donneur. L'intervalle entre un don de cellules et un don de plasma, d'une part, entre un don de plasma et un don de cellule, d'autre part ne peut être inférieur à deux semaines.

**Article 7 :** La prise en charge des donneurs est sous la responsabilité d'un médecin, qui est tenu de :

a)- informer le donneur;

b)- créer et gérer le fichier des donneurs;

c)- faire l'entretien médical et l'examen clinique;

d)- surveiller les donneurs et les prélèvements;

e)- consulter et suivre le dossier médical des donneurs;

f)- orienter les donneurs présentant une sérologie positive vers un service de soins spécialisé;

g)- organiser des collectes de sang programmées.

**Article 8 :** Chaque prélèvement est obligatoirement précédé d'un examen médical du donneur comportant un entretien et un examen clinique sommaire : appréciation de l'état général, mesure de la tension artérielle et de la masse corporelle du donneur. Cet examen médical doit se dérouler dans la confidentialité propice à la confiance et au respect du secret médical. L'entretien médical doit permettre d'écarter du don les personnes à risque, ainsi que les personnes ayant des pathologies contre-indiquant le don du sang.

**Article 9 :** Pour tout prélèvement de cellules par aphérèse, un électrocardiogramme est effectué avant le don. Le médecin doit rechercher particulièrement toute contre-indication à l'aphérèse, notamment dans les domaines cardio-vasculaires, digestifs et hématologiques.

**Article 10 :** Les contrôles pré-dons pour les prélèvements des plaquettes par aphérèse comprennent un hémogramme et un bilan d'hémostase comportant une numération plaquettaire, une mesure du temps de Quick et du temps de Céphaline activée.

**Article 11 :** Les contrôles biologiques pour les prélèvements de plasma par aphérèse comprennent un hémogramme et une électrophorèse des protéines plasmatiques.

**Article 12 :** Afin de limiter au maximum les prélèvements chez les donneurs présentant une anémie, un contrôle pré-don du taux d'hémoglobine peut être effectué. La décision en est laissée à l'appréciation du médecin.

**Article 13 :** L'identification du donneur s'établit sur la base d'une fiche dont le modèle est joint en annexe 1 du présent arrêté. Les informations relatives à l'état civil du donneur de sang sont recueillies sur présentation d'une pièce d'identité.

**Article 14 :** A l'issue de l'accueil du donneur de sang, une fiche de prélèvement est établie selon le modèle joint en annexe 2 du présent arrêté.

**Article 15 :** une carte dite "carte de donneur régulier" établie conformément au modèle joint en annexe 3 du présent arrêté est délivré au donneur régulier.

**Article 16 :** Les prélèvements de sang total et d'aphérèse sont effectués sous la responsabilité d'un médecin, par des infirmiers (es) diplômés (es) d'état.

**Article 17 :** Au cours du prélèvement de sang total, il est indispensable de vérifier à intervalles réguliers, le débit, d'agiter la poche et d'en contrôler la masse.

La durée maximale du prélèvement ne doit pas être supérieure à 10 minutes. En cas de prélèvement d'une durée supérieure à 10 minutes, il ne doit en aucun cas servir à préparer un concentré plaquettaire.

**Article 18 :** La durée du prélèvement des plaquettes par aphérèse est conditionnée par la quantité maximale de plaquettes collectées et le débit du prélèvement :

- Le débit du prélèvement doit être compris entre 30 et 80 ml / mn.

- Le volume maximal de solution anticoagulante injecté par séance ne doit pas excéder un litre.

- Le volume extracorporel maximal en cours de prélèvement ne doit pas excéder 20 % de la masse sanguine du donneur.
- La durée total du prélèvement doit être inférieure à deux heures trente minutes.

**Article 19** : Le prélèvement des tubes échantillons se fait à partir du bras du donneur. Ils ne doivent pas être étiquetés avant le prélèvement mais pendant le déroulement de celui-ci.

**Article 20** : Après le prélèvement, le donneur doit rester sous surveillance pendant dix minutes minimum en cas de don de sang total ou de trente minutes minimum en cas de don en aphérèse, au cours duquel une collation lui est offerte. En cas de prélèvement par aphérèse, les points de ponction, l'état général et la tension artérielle doivent être vérifiés avant le départ du donneur.

**Article 21** : Les poches de sang sont éliminées dans les cas suivants :

- quantité prélevée insuffisante;
  - présence de caillots (débit lent, agitation insuffisante ....);
  - tout choc ou manipulation risquant de mettre en jeu l'étanchéité de la poche;
  - toute cause remettant en question l'aptitude du donneur;
- Les produits éliminés sont détruits par incinération.

**Article 22** : Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population est chargé de l'application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**



**ANNEXE 1**

**FICHE D'IDENTIFICATION DU DONNEUR DE SANG**

<p>STRUCTURE CHARGÉE DE LA TRANSFUSION SANGUINE : .....</p> <p>Nom (jeune fille) :..... N° Fiche</p> <p>Prénoms : ..... Epouse de : ..... Groupe Sanguin</p> <p>Né (e) le ..... à ..... Phénotype : .....</p> <p>Domicile : .....</p> <p>Tél : .....</p> <p>Adresse Professionnelle :.....</p> <p>.....</p> <p>Tél : .....</p>	PHOTO
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

**PRELEVEMENTS**

Date	Lieu du don	Nbre de don	Volume Prélevé	TA	ANALYSES BIOLOGIQUES

**ANNEXE 2**

**FICHE DE PRELEVEMENT DU DONNEUR DE SANG**

STRUCTURE CHARGEE DE LA TRANSFUSION SANGUINE : .....

Date : ..... N° du Don : .....

NOM : .....

PRENOMS : ..... SEXE : M/F : .....

NE (E) : LE : ..... à .....

ADRESSE : .....

TEL : .....

ETAT CIVIL : M - C - D-V Nombre d'enfants : .....

Profession : ..... TEL : .....

DONNEURS : Type : CP ..... OCC ..... Régulier .....

TA : ..... Poids ..... Date du dernier DON .....

Volume à prélever : ..... ml, Support S/D/T/Q/ .....

TUBES : GS : ..... Sérologie : ..... Hémolysines : ..... autres .....

Heure du prélèvement : ..... h ..... min : .....

Réactions au cours du don : .....

Nom qualité et signature du préleveur : .....

Bon de Collation Pour économat N° : Date : .....	Bon de Collation N° : Date : .....	Prélèvement de Mr/Mme N° : Date : .....
N° : Date : .....	N° : Date : .....	N° : Date : .....
N° : Date : .....	N° : Date : .....	N° : Date : .....

**ANNEXE 3 (RECTO)**

Date	Don	T.A	Date	Don	T.A

**ANNEXE 3 (VERSO)**  
c'est

Date	Don	TA	Date	Don	T.A
_____					
_____					
_____					

Le Ministre de la Santé et de la Population ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée notamment son article 158 ;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la population ;

Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant la liste des matériels et consommables nécessaires pour le fonctionnement des structures chargées de la transfusion sanguine.

Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles de bonnes pratiques des qualifications biologiques du don de sang ;

Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles de bonnes pratiques de préparation des produits sanguins labiles à usage thérapeutique ;

Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 rendant obligatoire le dépistage de l'infection par le virus du SIDA, des hépatites B et C et de la syphilis dans le don du sang et d'organes.

**Arrête :**

**Article 1 :** Le présent arrêté a pour objet de fixer les conditions de distribution du sang et de ses dérivés labiles.

**Article 2 :** Toute demande de produits sanguins doit être effectuée par un médecin, rédigée lisiblement et comporter les indications suivantes :

- la date ;
- le nom, le prénom et l'âge du receveur ;
- la nature et la quantité du produit demandé ;
- le nom, la qualité du médecin traitant et sa signature ;
- le cachet du service.

Le modèle type de la demande du produit sanguin est joint en annexe du présent arrêté.

**Article 3 :** Le sang est remis exclusivement à un représentant médical ou paramédical du service demandeur, sur présentation de :

- la demande du produit sanguin ;
- une double détermination du groupage sanguin du malade, ou à défaut d'un prélèvement permettant de l'effectuer et éventuellement de pratiquer un test de compatibilité si nécessaire ;
- la fiche navette, le billet d'hospitalisation ou tout autre document administratif relatif au malade ;
- un badge de service.

**Article 4 :** Avant toute distribution de sang total ou de culot globulaire, une épreuve de compatibilité est effectuée après vérification de :

- la compatibilité du groupe sanguin ABO Rh D du receveur et celui des unités à compatibiliser ;
- la compatibilité du phénotype du receveur et celui des unités à compatibiliser.

L'épreuve directe de compatibilité au laboratoire nécessite la mise en œuvre de trois techniques : Un test indirect à l'antiglobuline polyvalente, un test en milieu salin et un test enzymatique.

**Article 5 :** Les unités érythrocytaires compatibilisées doivent porter les mentions suivantes :

- identité du receveur (nom de jeune fille, nom marital, prénom et date de naissance).
- date de réalisation de la compatibilisation.
- durée de validité de cette compatibilisation.

**Article 6 :** La tenue d'un registre de gestion des produits sanguins dans les structures chargées de la transfusion sanguine est obligatoire. Ce registre permettra par ailleurs d'assurer un meilleur contrôle de l'utilisation du sang et de ses dérivés.

Le registre de gestion des produits sanguins, coté et paraphé, comportera les renseignements suivants :

- le numéro d'ordre ;
- la nature, le numéro, le groupage ainsi que la quantité du produit sanguin délivré ;
- le nom, prénom et matricule du receveur ;
- le service demandeur ;
- le groupage ABO et Rh du receveur ;
- la compatibilité ;
- le nom du médecin demandeur ;
- le nom, le matricule et la signature du personnel demandeur ;
- la date et l'heure de distribution ;
- le nom et la signature du personnel de la distribution ;
- les observations éventuelles.

**Article 7 :** Le transport du sang et de ses dérivés labiles à l'intérieur et à l'extérieur de la structure chargée de la transfusion sanguine s'établit selon des circuits définis: Le choix du mode de transport doit être fait selon les critères de sécurité, de respect des conditions de conservation et de rapidité. Le conteneur utilisé doit être spécifiquement destiné aux produits sanguins. Les accumulateurs de frigories ne doivent pas entrer en contact direct avec le produit.

**Article 8 :** Les produits sanguins retirés des structures chargées de la transfusion sanguine doivent être administrés aux malades auxquels ils sont destinés dans l'heure qui suit.

Ils doivent être stockés conformément à leurs conditions de conservation en attendant d'être utilisés.

**Article 9 :** Les conditions et les modalités d'approvisionnement et de cession en sang et dérivés labiles des établissements de santé publics ou privés s'effectuent selon une convention. Une décision du Ministre de la santé et de la population fixera le modèle de la convention type.

**Article 10 :** Monsieur le secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population est chargé de l'application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

Le Ministre de la Santé et de la Population ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée, notamment son article 158 ;  
Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n°95-108 du 09 Avril 1995 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale du Sang ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;  
Vu l'arrêté n°51 / MSP /CAB du 26 Novembre 1994 portant nomenclature nationale des médicaments à usage humain, modifié et complété;  
Vu l'arrêté n° 65 / MSP / MIN / du 19 Août 1995 érigeant le Laboratoire de Virologie de L'institut Pasteur d'Algérie en Laboratoire National de Référence pour le diagnostic de l'infection HIV et pour le contrôle des dérivés sanguins;

**Arrête :**

**Article 1 :** Le présent arrêté a pour objet de définir les règles et les procédures de contrôle des dérivés sanguins stables.

**Article 2 :** la recherche des anticorps anti HIV 1 et 2, des anticorps anti HCV et des antigènes HBs est obligatoire, lors de tout contrôle des dérivés sanguins stables. Tout autre marqueur dont la recherche est nécessaire, peut être recherché.

**Article 3 :** La liste des structures chargées du contrôle des dérivés sanguins stables est fixée en annexe du présent arrêté.

**Article 4 :** L'Agence Nationale du Sang est chargée de :

- Réceptionner les échantillons aux fins d'analyses,
- Répartir les échantillons à trois structures de contrôle parmi celles prévues en annexe du présent arrêté;
- Recevoir les résultats des structures de contrôle sous pli fermé portant les mentions " confidentiel - ne pas ouvrir " ;
- Statuer sur les résultats obtenus et en informer la Direction chargée de la Pharmacie du Ministère de la Santé et de la Population.

**Article 5 :** Les dispositions relatives au contrôle des dérivés sanguins de l'arrêté N°65/MSP/ MIN du 19 Août 1995 sus visé sont abrogées.

**Article 6 :** Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population est chargé de l'application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

**ANNEXE**

**LISTE DES STRUCTURES CHARGEES DU CONTROLE DES DERIVES SANGUINS STABLES**

**1- Centres de Transfusion Sanguine :**

- \* Hôpital Central de l'Armée (HCA)
- \* CHU Alger Centre
- \* CHU Bab-El-Oued
- \* CHU Béni-Messous
- \* CHU Tizi - Ouzou
- \* CHU Constantine
- \* CHU Annaba
- \* CHU Sétif
- \* CHU Oran
- \* CHU Tlemcen
- \* Hôpital de Saida.

**2- Laboratoire de l'Institut Pasteur d'Algérie :**

- \* Laboratoire de Virologie Générale.
- \* Laboratoire des Hépatites Virales.

**3- Laboratoires de Microbiologie :**

- \* CHU Constantine
- \* CHU Oran

**4- Laboratoires de Biologie :**

- \* Laboratoire de Biologie de l'Hôpital Zéralda.
- \* Laboratoire de Biologie de l'Hôpital Rouiba.
- \* Laboratoire de Biologie de l'Hôpital Kouba.
- \* Laboratoire de Biologie de l'EHS Dr Maouche.
- \* Laboratoire de Biologie - Adultes - du CHU Béni-Messous

**Arrêté du 24 Mai 1998 rendant obligatoire le dépistage de l'infection par le virus du sida, des hépatites B et C et de la syphilis dans le don du sang et d'organes**

Le Ministre de la Santé et de la Population ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée, notamment son article 158 ;  
Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 Juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 95-108 du 09 Avril 1995 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale du Sang ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la population ;  
Vu l'arrêté n° 220 du 07 Décembre 1991 rendant obligatoire le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite, du Sida et de la Syphilis dans le don du sang et d'organes;  
Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant la liste des matériels et consommables nécessaires pour le fonctionnement des structures chargées de la transfusion sanguine ;  
Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles régissant le don du sang et de ses composants;  
Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles de bonnes pratiques des qualifications biologiques du don de sang.

**Arrête :**

**Article 1 :** Pour tout don de sang et d'organes, la recherche préalable des anticorps anti-VIH 1 et 2 dirigés contre le virus de l'immunodéficience humaine, de l'antigène HBs, de l'anticorps de l'hépatite C et de la Syphilis est obligatoire.

**Article 2 :** Tout dépistage initial pratiqué sur chaque don pour mettre en évidence les marqueurs cités à l'article 1, donne le résultat soit " positif ", soit " négatif ", soit "douteux".

**Article 3 :** Les résultats "Négatif "participent à la qualification biologique du don.

**Article 4 :** Tout sérum "positif"ou "douteux" doit faire l'objet d'une nouvelle procédure d'analyse.

**Article 5 :** La confirmation des sérums " positifs " ou " douteux " par une structure habilitée est obligatoire.

La liste des structures habilitées est fixée par arrêté du Ministre de la Santé et de la Population sur proposition de l'Agence Nationale du Sang.

**Article 6 :** Les dispositions de l'arrêté n°220 du 07 Décembre 1991 susvisé, sont abrogées.

**Article 7 :** Monsieur le secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population est chargé de l'application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

- Le Ministre de la Santé et de la Population ;
- Vu la loi n°85-05 du 16 Février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée notamment son article 158 ;
  - Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;
  - Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;
  - Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles régissant le don du sang et de ses composants.
  - Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant la liste des matériels et consommables nécessaires pour le fonctionnement des structures chargées de la transfusion sanguine ;
  - Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 rendant obligatoire le dépistage de l'infection par le virus du Sida, des hépatites B et C et de la syphilis dans le don du sang et d'organes ;
  - Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles de bonnes pratiques de préparation des produits sanguins labiles à usage thérapeutique ;
  - Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles de bonnes pratiques des qualifications biologiques du don de sang ;
  - Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 relatif aux conditions de distribution du sang et de ses dérivés labiles;

**Arrête :**

**Article 1 :** Le présent arrêté a pour objet de fixer les dispositions relatives à la prévention et aux mesures à prendre en cas d'accident immunologique ou septique.

**Article 2 :** La transfusion sanguine est un acte médical sous la responsabilité directe du Médecin prescripteur.

**Article 3 :** Le contrôle prétransfusionnel ultime, réalisé par le transfuseur au lit du malade, doit être systématique qu'il y ait eu ou non des tests de compatibilité pratiqués au laboratoire.

Le contrôle prétransfusionnel comportera la confrontation de la carte de groupage du receveur avec le groupage inscrit sur la poche à transfuser ainsi que le contrôle direct de la compatibilité en mettant en présence le sérum du malade avec le sang à transfuser.

**Article 4 :** Pour les receveurs polytransfusés, les épreuves majeures de compatibilité croisées, en coombs indirect sont pratiquées systématiquement.

**Article 5 :** Une fiche transfusionnelle établie sur papier cartonné, dont le modèle est joint en annexe, mise à la disposition des services transfuseurs est dûment remplie à chaque transfusion du patient et figurer dans son dossier.

**Article 6 :** La tenue d'un registre transfusionnel dans les services utilisateurs du sang ou de ses dérivés est obligatoire. Ce registre permet par ailleurs d'assurer un meilleur contrôle de l'utilisation du sang et de ses dérivés.

Ce registre côté et paraphé comporte les renseignements suivants :

- numéro d'ordre ;
- dates du prélèvement et de la réception du produit à transfuser ;
- structure ayant délivré le produit ;
- numéro des poches ainsi que leurs groupages;
- nom, prénom, âge et matricule du receveur ;
- diagnostic ;
- date de la transfusion ;
- nature et volume du produit à transfuser ;
- signature du médecin prescripteur et de l'infirmier transfuseur ;
- observations éventuelles.

**Article 7 :** Tout effet inattendu ou indésirable dû ou susceptible d'être dû à la transfusion du sang ou de ses dérivés doit immédiatement être signalé à la structure ayant délivré le produit.

Dans ce cas, la transfusion doit être immédiatement arrêtée et le temps d'apparition des troubles et le numéro de la poche incriminée doivent être notés ;

Deux tubes de sang (un tube citraté et un tube sec) doivent être prélevés au bras et adressés à la structure chargée de la transfusion sanguine pour vérification Immunologique. Des prélèvements d'hémoculture sont effectués et adressés au laboratoire de bactériologie

**Article 8 :** Monsieur Le Secrétaire Général du Ministère de la santé et de la population est chargé de l'application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population  
**Yahia GUIDOUM**

**ANNEXE**

HOPITAL : N° Dossier

SERVICE :

Nom :

Prénom :

Age :

Matricule :

Salle :

Lit :

Groupage Sanguin :

Phénotype :

Recherche d'agglutinines irrégulières :

DATE	HEURE	PRODUITS TRANSFUSES	REFERENCES	MEDECINS PRESCRIPTEURS	OBSERVATIONS



Le Ministre de la Santé et de la Population ;

- Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée notamment son article 158 ;
- Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;
- Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant la liste des matériels et consommables nécessaires pour le fonctionnement des structures chargées de la transfusion sanguine ;
- Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles régissant le don du sang et de ses composants.
- Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles de bonnes pratiques de préparation des produits sanguins labiles à usage thérapeutique ;

**Arrête :**

**Article 1** : Le présent arrêté a pour objet de fixer les caractéristiques des produits sanguins labiles à usage thérapeutique.

**Article 2** : Les caractéristiques des produits sanguins labiles à usage thérapeutique sont fixées conformément à l'annexe jointe au présent arrêté.

**Article 3** : Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population est chargé de l'application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

## ANNEXE

### I- SANG TOTAL UNITE ADULTE

#### 1) Définition et description.

Le sang humain total unité adulte est un sang veineux prélevé aseptiquement.

Le volume d'une unité adulte de sang humain total est compris entre 400 et 500 ml, solution anticoagulante et de conservation exclus. Le contenu minimal en hémoglobine de l'unité adulte est de 45 grammes.

Lorsque le volume est compris entre 220 et 400 ml, le produit doit être transformé dans un délai maximal de vingt quatre heures en concentré de globules rouges unité adulte ou unité enfant en fonction de son contenu en hémoglobine. Dans ce cas, ni le plasma ni les plaquettes ne peuvent être utilisés comme produits sanguins labiles.

Lorsque le volume est inférieur à 220 ml (sans tenir compte du volume de la solution anticoagulante et de conservation), le produit ne peut être utilisé pour usage thérapeutique

#### 2) Conditions et durée de conservation.

Le sang total unité adulte doit être conservé à une température comprise entre +2 et +8°C. Le sang conservé ne peut-être hemolysé et ne peut contenir à température ordinaire, ni caillot ni agglutinat d'hématies.

Les délais d'utilisation dépendent de la composition de la solution anticoagulante et de conservation sur laquelle a été recueilli le sang :

- S'il s'agit d'une solution citratée contenant du glucose, ce délai est de 21 jours au maximum.
- Si cette solution citratée et glucosée contient de l'Adénine, ce délai peut être porté à 35 jours au maximum.

### II- CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES UNITE ADULTE

#### 1) Définition et description.

Le concentré de globules rouges humains homologues unité adulte est une suspension de globules obtenue aseptiquement, après soustraction de plasma et sans élimination de la couche leuco-plaquettaire, à partir d'une unité adulte de sang humain total homologue.

Le volume minimal du concentré de globules rouges humains unité adulte est de 175 ml. Ce volume tient compte du volume résiduel de la solution anticoagulante et de conservation.

Le contenu minimal en hémoglobine de l'unité adulte est de 45 grammes. Son hématocrite est compris entre 60% et 80%.

Un seul concentré de globules rouges unité adulte peut être préparé à partir d'une unité adulte de sang total.

#### 2) Condition et durée de conservation.

Le concentré de globules rouges unité adulte doit être conservé à une température comprise entre +2° C et +8°C.

La durée de conservation est de 21 jours à compter de la fin du prélèvement lorsque la solution anticoagulante et de conservation ne contient pas d'adénine. Elle est de 35 jours lorsqu' elle contient de l'adénine.

### III- CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES UNITE ADULTE AVEC ADDITION D'UNE SOLUTION SUPPLEMENTAIRE DE CONSERVATION

#### 1) Définition et description

C'est une suspension de globules rouges obtenue après addition d'une solution supplémentaire de conservation à une unité adulte de concentré de globules rouges humains homologues.

Cette addition a lieu dans un délai maximal de trois jours après la fin du prélèvement et immédiatement après soustraction du plasma. Le volume minimal du concentré de globules rouges humains avant addition de la solution supplémentaire de conservation est de 175 ml.

Son hématocrite est compris entre 50 et 70 pour 100.

#### 2) Conditions et durée de conservation

Le concentré de globules rouges unité adulte avec solution supplémentaire de conservation doit être conservé à une température comprise entre +2 °C et +8 °C. La durée de conservation est de quarante-deux jours.

### IV- CONCENTRE DE PLAQUETTES STANDARD (C.P.S.)

#### 1) Définition et description

Le concentré de plaquettes humaines homologues standard est une suspension de plaquettes obtenue aseptiquement à partir d'une unité adulte de sang humain total homologue.

La préparation s'effectue à partir d'une unité adulte de sang humain total prélevé depuis moins de 8 heures.

Le volume du concentré de plaquettes humaines standard est compris entre 40 et 60 ml. Ce volume tient compte du volume résiduel de la solution anticoagulante et de conservation.

Le contenu minimal en plaquettes du concentré est de  $0,5 \times 10^{11}$ .

Le nombre de leucocytes résiduels ne doit pas excéder  $2 \times 10^8$ . Le pH du produit est compris entre 6,0 et 7,4.

#### 2) Condition et durée de conservation

Le concentré de plaquettes standard doit être conservé à une température comprise entre +18°C et +24°C sous agitation lente et continue.

La durée de conservation est fonction du support utilisé et varie de 3 à 5 jours à compter de la fin du prélèvement.

### V-CONCENTRE DE PLAQUETTES D'APHERESE (C.P.A)

#### 1) Définition et description.

Le concentré de plaquettes humaines homologues d'aphérèse est une suspension de plaquettes obtenue aseptiquement par aphérèse à partir d'un seul donneur au moyen de séparateurs de cellules.

- Le volume du concentré de plaquettes d'aphérèse est compris entre 200 et 650 ml en tenant compte du volume de la solution anticoagulante et de conservation.

- Le contenu minimal en plaquettes du concentré est de  $2,0 \times 10^{11}$ .

- Le pH du produit est compris entre 6,0 et 7,4.

- Le contenu maximal en leucocytes résiduels du concentré est  $0,6 \times 10^9$

#### 2) Condition et durée de conservation.

Le concentré de plaquettes d'aphérèse doit être conservé à une température comprise entre +18 °C et +24°C sous agitation lente et continue.

En cas de préparation avec un dispositif clos, le concentré de plaquettes d'aphérèse peut-être conservé trois ou cinq jours à compter de la fin du prélèvement, selon la qualification de la matière plastique de la poche de conservation. En cas de préparation avec un dispositif ouvert, le concentré de plaquettes d'aphérèse peut-être conservé au maximum 24 h.

## **VI- MELANGE DE CONCENTRES DE PLAQUETTES ISSUS DE DONS DIFFERENTS (12 AU MAXIMUM) (M.C.P)**

### **1) Définition et description.**

Le mélange de concentrés de plaquettes humaines homologues issus de dons différents (12 au maximum) et de même groupe sanguin ABO et Rh est obtenu par le regroupement dans le même récipient stérile et apyrogène de plusieurs concentrés de plaquettes.

Le mélange est préparé à partir de concentrés de plaquettes standard conservé selon ses caractéristiques pendant des durées éventuellement différentes.

Le volume du mélange est compris entre 80 ml et 700 ml. Les numéros des dons composant le mélange ainsi que son volume sont systématiquement enregistrés.

Le contenu minimal en plaquettes du mélange est de  $1,0 \times 10^{11}$ . Les caractéristiques du mélange relatives à l'aspect, au pH et au contenu cellulaire sont identiques à celles des concentrés de plaquettes standard le composant.

## **VII- QUALIFICATION DES PRODUITS SANGUINS LABILES: "phénotypé"**

### **1) Définition**

La qualification "phénotypé" s'applique aux produits sanguins labiles cellulaires homologues à usage thérapeutique pour lesquels une ou des déterminations d'antigène de systèmes de groupes sanguins ont été effectuées en plus du groupe ABO et de l'antigène Rh D (RH 1).

Les résultats des déterminations et la qualification " phénotypé " sont systématiquement enregistrés.

### **2) Champ d'application**

La qualification " phénotypé " s'applique à tous les produits sanguins labiles cellulaires homologues à usage thérapeutique et aux produits issus de leurs transformations, à l'exception des mélanges de produits de phénotype différent.

1. Produits érythrocytaires (sang total, concentré de globules rouges) :

Les antigènes de tous les systèmes de groupes sanguins peuvent être concernés. La qualification " phénotypé " implique la détermination systématique des antigènes C (RH 2), E (RH 3), c (RH 4), e (RH 5) du système Rh et de l'antigène K (KEL 1 ) du système Kell.

2. Produits plaquettaires (concentré de plaquettes standard-Concentré de plaquettes d'aphérèse) :

Les antigènes de tous les systèmes de groupes sanguins peuvent être concernés, notamment les antigènes de classe I du système HLA et les systèmes plaquettaires spécifiques.

3. Concentré de cellules mononuclées d'aphérèse et de cellules souches hématopoïétiques issues de sang circulant ou de sang de cordon:

Les antigènes de tous les systèmes de groupes sanguins peuvent être concernés. La qualification " phénotypé " implique la détermination systématique des antigènes de classe I du système HLA.

## **VIII- PLASMA FRAIS CONGELE**

### **1) Définition et description**

Le plasma frais congelé humain Homologue est un plasma provenant d'un seul donneur obtenu à partir d'une unité de sang par centrifugation et mis à congeler dès que possible et au maximum dans les 2 heures qui suivent la fin du prélèvement de sang.

Le volume du plasma frais congelé humains homologue est supérieur ou égal à 200 ml.

Ce volume tient compte du volume de la solution anticoagulante.

Après décongélation, le plasma frais congelé humain homologue renferme au minimum 0,7 U.I / ml de facteurs V et de facteurs VIII. Il se présente après décongélation comme un liquide limpide à légèrement trouble sans signe visible d'Hémolyse.

Immédiatement après décongélation, le pH du produit est compris entre 7,0 et 7,5.

Le contenu maximal en plaquettes du plasma avant congélation est de  $25 \times 10^9$  par litre.

2) Conditions et durée de conservation.

Le plasma est conservé à une température inférieure ou égale à  $-30^{\circ}\text{C}$  pendant 12 mois au maximum après la date de prélèvement.

## **IX- TRANSFORMATION DES PRODUITS SANGUINS LABILES "déleucocytation"**

### **1) Définition**

La " déleucocytation " consiste à soustraire aseptiquement la majeure partie des leucocytes d'un produit sanguins labile homologue à usage thérapeutique.

Cette déleucocytation peut s'effectuer dans la structure chargée de la Transfusion Sanguine où au lit du malade.

Le volume de chaque unité après déleucocytation est systématiquement enregistré.

### **2) Champ d'application**

La " déleucocytation " s'applique aux produits sanguins labiles homologues à usage thérapeutique suivants et aux produits issus de leurs transformations :

1. Concentré de globules rouges unité adulte.

Le produit doit satisfaire aux conditions suivantes :

- Le contenu minimal en hémoglobine de l'unité adulte est de 40 grammes ;
- L'hématocrite est compris entre 60 et 80 pour 100 ;
- Le volume minimal sans tenir compte du volume de la solution anticoagulante et de conservation est de 140 millilitres ;
- Les caractéristiques relatives à l'aspect sont identiques à celles du produit de base homologue correspondant ;
- Le contenu en leucocytes résiduels (mesure effectuée dans un délai maximal de vingt-quatre heures après la déleucocytation) est inférieur à  $1,0 \times 10^6$  par unité.

2. Concentré de globules rouges unité adulte avec addition d'une solution

Supplémentaire de conservation

Le produit doit satisfaire aux conditions suivantes :

- Le contenu minimal en hémoglobine de l'unité adulte est de 40 grammes ;
- L'hématocrite est compris entre 50 et 70 P. 100 ;
- Le volume minimal sans tenir compte de la solution supplémentaire de conservation est de 125 millilitres ;
- Les caractéristiques relatives à l'aspect sont identiques à celles du produit de base homologue correspondant ;
- le contenu en leucocytes résiduels (mesure effectuée dans un délai maximal de vingt-quatre heures après la déleucocytation) est inférieur à  $1,0 \times 10^6$  par unité.

3. Concentré de plaquettes standard

Le produit doit satisfaire aux conditions suivantes :

- Le contenu minimal en plaquettes est de  $0,375 \times 10^{11}$  ;
- Les caractéristiques relatives à l'aspect, au pH et au volume sont identiques à celles du produit de base homologue correspondant ;
- Le contenu en leucocytes résiduels (mesure effectuée dans un délai maximal de vingt-quatre heures après la déleucocytation) est inférieur à  $0,1 \times 10^6$

#### 4. Concentré de plaquettes d'aphérèse.

Le produit doit satisfaire aux conditions suivantes :

- Le contenu minimal en plaquettes est de  $1,5 \times 10^{11}$  ;
- Les caractéristiques relatives à l'aspect, au pH et au volume sont identiques à celles du produit de base homologue correspondant ;
- Le contenu en leucocytes résiduels (mesure effectuée dans un délai maximal de vingt quatre heures après la déleucocytation est inférieure à  $1,0 \times 10^6$

#### 5. Mélange de concentrés de plaquettes

- Le contenu en plaquettes du mélange est défini en référence aux produits correspondants déleucoctés le composant.
- Les caractéristiques du mélange relatives à l'aspect, au pH et au volume sont identiques à celles des concentrés de plaquettes standards le composant.
- Le contenu en leucocytes résiduels (mesure effectuée dans un délai maximal de vingt-quatre heures après la déleucocytation) est inférieure à  $1,0 \times 10^6$ .

#### 3) Conditions et durée de conservation

Les conditions de conservation ainsi que les conditions de transport et la vérification visuelle au moment de la distribution des produits concernés sont identiques à celles des produits de base homologues correspondants.

Les produits sanguins déleucoctés doivent être utilisés le jour même.

### **X-TRANSFORMATION DES PRODUITS SANGUINS LABILES CRYOCONSERVATION"**

#### 1) Définition

La " cryoconservation " consiste à congeler, conserver et décongeler aseptiquement un produit sanguin labile cellulaire homologue à usage thérapeutique en présence d'un cryoprotecteur.

La transformation " cryoconservation " est systématiquement enregistrée dans ses différentes étapes.

#### 2) Champ d'application

La cryoconservation s'applique aux produits sanguins labiles homologues à usage thérapeutique et aux produits issus de leurs transformations, à l'exception des mélanges de concentrés de plaquettes.

##### 1. Concentré de globules rouges unité adulte.

Le produit doit, après décongélation et élimination du cryoprotecteur si nécessaire, satisfaire aux conditions suivantes :

- Le contenu minimal en hémoglobine est supérieur ou égal à 35 grammes ;
- L'hématocrite est compris entre 50 et 80 P 100;
- Les caractéristiques, relatives à l'aspect sont identiques à celles du produit de base homologue ;
- L'hémoglobine extracellulaire doit être inférieure ou égale à 0,4 grammes ;
- S'il y a lieu, la quantité résiduelle totale de glycérol extra-cellulaire est inférieure ou égale à 1gramme.

##### 2. Concentré de plaquettes standard.

Le produit doit, après décongélation et élimination du cryoprotecteur si nécessaire, satisfaire aux conditions suivantes :

- Le contenu minimal en plaquettes est de  $0,3 \times 10^{11}$
- Les caractéristiques relatives à l'aspect sont identiques à celles du produit de base homologue

### **3. Concentré de plaquettes d'aphérèse.**

Le produit doit, après décongélation et élimination du cryoprotecteur satisfaire aux conditions suivantes :

- Le contenu minimal en plaquettes est de  $2,0 \times 10^{11}$  ;
- Les caractéristiques relatives à l'aspect sont identiques à celles du produit de base homologue.

#### 3) Conditions et durée de conservation, décongélation

Selon la méthode de congélation utilisée, le concentré de globules rouges cryoconservé unité adulte doit être conservé :

- soit à une température inférieure à  $-130^{\circ}\text{C}$  ; dans ce cas, la durée de conservation peut être supérieure à dix ans. Si une phase de transport intervient au cours de la conservation, la température doit être maintenue à  $-130^{\circ}\text{C}$  ;
- soit à une température comprise entre  $-60^{\circ}\text{C}$  et  $-85^{\circ}\text{C}$  ; dans ce cas, la durée de conservation peut être supérieure à dix ans. Si une phase de transport intervient au cours de la conservation, la température doit être inférieure à  $-40^{\circ}\text{C}$  pendant une durée maximale de vingt-quatre heures ;
- soit à une température inférieure à  $-30^{\circ}\text{C}$  ; dans ce cas, la durée maximale de conservation est de quatre mois. Si une phase de transport intervient au cours de la conservation, la température doit être inférieure à  $-130^{\circ}\text{C}$ .

Selon la méthode de congélation utilisée, les concentrés de plaquettes phénotypés doivent être conservés :

- soit à une température inférieure à  $-130^{\circ}\text{C}$  ; dans ce cas, la durée maximale de conservation est de trois ans. Si une phase de transport intervient au cours de la conservation, la température doit être maintenu à  $-130^{\circ}\text{C}$  ;
- soit à une température comprise entre  $-60^{\circ}\text{C}$  et  $-85^{\circ}\text{C}$  ; dans ce cas, la durée maximale de conservation est de deux ans. Si une phase de transport intervient au cours de la conservation, la température doit être maintenu à  $-40^{\circ}\text{C}$  pendant une durée maximale de vingt-quatre heures.

Le délai maximal entre la décongélation et l'utilisation est de vingt-quatre heures pour le concentré de globules rouges cryoconservé unité adulte ou les produits issus de ses transformations. Il est de six heures pour le concentré de plaquettes phénotypé ou les produits issus de ses transformations.

### **XI- SANG TOTAL UNITE ENFANT (S.T.U.E)**

#### 1) Définition et description

Les caractéristiques relatives à l'aspect du sang humain total homologue unité enfant sont identiques à celles du sang humain total homologue unité adulte.

Le contenu en hémoglobine de l'unité enfant est compris entre 25 et 45 grammes.

Le volume d'une unité enfant de sang humain total homologue est compris entre 220 et 270 ml sans tenir compte du volume de la solution anticoagulante et de conservation.

#### 2) Condition et durée de conservation

Les conditions et durée de conservation du sang total unité enfant sont identiques à celles du sang total unité adulte.

### **XII- CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES UNITE ENFANT (C.G.R.U.E)**

#### 1) Définition et description

Le concentré de globules rouges humains homologues unité enfant est une suspension de globules rouges obtenue aseptiquement, après soustraction de plasma et sans élimination de la couche leuco-plaquettaire.

- soit d'une unité enfant de sang humain total homologue de volume compris entre 200 et 270 ml.
- soit d'un prélèvement de sang humain total homologue initialement destiné à l'unité adulte de volume compris entre 220 et 400 ml et dont le contenu en hémoglobine est compris 25 et 45 grammes.

Les caractéristiques relatives à la préparation du concentré de globules rouges humain homologue unité enfant sont identiques à celles du concentré de globules rouges unité adulte.

Le volume minimal du concentré de globules rouges humains homologue unité enfant est de 100 ml. Ce volume tient compte du volume résiduel de la solution anticoagulante et de conservation.

Le contenu en hémoglobine de l'unité enfant est compris entre 25 et 45 grammes.

Son hématocrite est compris entre 60 et 80 p. Cent.

Lorsque le produit est destiné à être transformé par addition d'une solution supplémentaire de conservation. L'hématocrite peut être supérieure à 80 p. Cent. Dans ce cas le volume minimal est de 80 ml.

2) Conditions et durée de conservation

Les conditions et durée de conservation du concentré de globules rouges unité enfant sont identiques à celles du concentré de globules rouges unité adulte.

### **XIII- CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES UNITE ENFANT (C.G.R.U.E) AVEC addition**

#### **1) Définition et description**

Le concentré de globules rouges humains homologues unité enfant avec solution supplémentaire de conservation est une suspension de globules rouges obtenue aseptiquement par addition d'une solution supplémentaire de conservation. à une unité enfant de concentré de globules rouges humains homologues.

Dans le cas où le concentré de globules rouges humains homologues unité enfant est obtenu à partir d'un prélèvement initialement destiné à une unité adulte, la totalité de la solution supplémentaire de conservation est rajoutée pour un prélèvement de volume supérieur ou égal à 300 ml. La moitié de la solution supplémentaire de conservation est rajoutée pour un prélèvement de volume inférieur à 300 ml.

Les caractéristiques relatives à la préparation et à l'aspect de l'unité enfant du concentré de globules rouges avec solution supplémentaire de conservation sont identiques à celles du concentré de globules rouges unité adulte.

Le volume minimal du concentré de globules rouges humains homologues unité enfant sans tenir compte de la solution supplémentaire de conservation est de 85 ml.

Son hématocrite est compris entre 50 et 70 p. Cent.

2) Conditions et durée de conservation

Les conditions et durée de conservation des globules rouges unité enfant sont identiques à celles du concentré de globules rouges unité adulte.

### **XIV- TRANSFORMATION DES PRODUITS SANGUINS LABILES.**

#### **"SANG RECONSTITUE POUR EXSANGUINO-TRANSFUSION "**

1) Définition et description.

La reconstitution de sang total à usage pédiatrique consiste à mélanger aseptiquement un concentré de globules rouges avec un plasma frais décongelé.

Il est préparé dans des poches de transfert autorisé, close, stérile et apyrogène.

Le taux d'hémoglobine est défini en référence au produit d'origine.

L'hématocrite est compris entre 35 et 50 pour 100.

Les numéros des dons, les volumes des composants sont systématiquement enregistrés.

2) Conditions et durée de conservation

La durée de conservation du Sang reconstitué à usage pédiatrique est de six heures.

Les conditions de conservation ainsi que les conditions de transport et la vérification visuelle au moment de la distribution du sang reconstitué à usage pédiatrique sont identiques à celles du sang total unité adulte.

Le Ministre de la Santé et de la Population ;

- Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée notamment son article 158 ;
- Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu le décret exécutif n°95-108 du 09 Avril 1995 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale du Sang ;
- Vu le décret exécutif n° 96-66 du 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;
- Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant les règles régissant le don du sang et de ses composants.
- Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 fixant la liste des matériels et consommables nécessaires pour le fonctionnement des structures chargées de la transfusion sanguine ;
- Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 rendant obligatoire le dépistage de l'infection par le virus du Sida, des hépatites B et C et de la syphilis dans le don du sang et d'organes ;

**Arrête :**

**Article 1 :** Le présent arrêté a pour objet de fixer les règles de bonnes pratiques des qualifications biologiques du don de sang.

**Article 2 :** Les bonnes pratiques des qualifications biologiques du don de sang comprennent les normes en matière de locaux fixées en annexe 1 et les précautions à respecter jointes en annexe 2.

**Article 3 :** Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population est chargé de l'application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

**ANNEXE 1**

**LES LOCAUX**

1. Les locaux réservés aux activités de laboratoire doivent être situés dans une zone délimitée physiquement, indépendante de toute zone d'activité transfusionnelle différente.
2. La zone d'analyse doit être organisée en postes de travail matérialisés et placés selon l'ordre logique des opérations à réaliser afin de limiter les risques d'erreur et de contamination. L'organisation des postes de travail doit permettre une séparation des examens sérologiques des autres analyses complémentaires obligatoires.
3. Les zones de stockage doivent être conçues et adaptées en vue d'assurer des conditions de stockage appropriées.
4. Les zones annexes : zone de repos et de restauration, les vestiaires et les sanitaires doivent être séparés des zones d'analyse et de stockage.
5. Le plafond, les murs, le sol et les paillasses doivent permettre un entretien facile et une désinfection efficace.
6. L'accès au laboratoire est strictement réservé aux personnes autorisées. Les zones d'analyse et de stockage ne doivent en aucun cas servir de lieu de passage.

**ANNEXE 2**

**PRECAUTIONS A RESPECTER  
LORS DES QUALIFICATIONS BIOLOGIQUES DU DON DE SANG**

1. Les qualifications biologiques du don de sang, concernent l'ensemble des analyses et tests de dépistage obligatoires préalables à la distribution et à l'utilisation des produits sanguins labiles
2. L'identification des tubes de prélèvement destinés aux analyses Immuno-hématologiques et sérologiques doit être faite par apposition d'étiquette mentionnant le numéro du don. Cette identification permet d'établir le lien, d'une part, avec le donneur et, d'autre part, avec les produits sanguins correspondants.
3. Les tubes doivent arriver bouchés et accompagnés d'un document mentionnant le nombre de tubes à analyser. Ces tubes échantillons doivent être préservés des écarts de températures préjudiciables aux analyses.
4. La centrifugation doit être effectuée avec les tubes bouchés. Les conditions de centrifugation doivent être définies (vitesse, temps freinage, température)
5. Lorsque l'examen est différé, la conservation des échantillons doit être faite à une température comprise entre + 2 °C et + 8 °C. Dans ces conditions, les analyses doivent être effectuées dans un délai maximal de quatre jours après le prélèvement. Si les tubes sont conservés entre + 2 °C et + 8 °C, ils doivent être remis à une température ambiante avant analyse. Après réalisation des analyses Immuno-hématologiques, les tubes échantillons doivent être conservés à une température comprise entre + 2 °C et + 8 °C durant un temps minimal de sept jours.
6. En plus des examens obligatoires fixés en article 1 de l'arrêté rendant obligatoire le dépistage de l'infection par le virus du Sida, des Hépatites Virales B et C et de la Syphilis dans le don du sang et d'organes, le médecin des donneurs peut exiger la détection des anticorps paludéens et anti brucellose, lorsqu'un facteur de risque vis à vis de l'infection a été mis en évidence.
7. Le groupage ABO et Rh D est une analyse réalisée à l'occasion de chaque don sur un échantillon de sang anticoagulé.
8. Le groupage ABO comporte obligatoirement, en plus des témoins, deux études complémentaires :  
a)- L'étude des hématies qui consiste à rechercher les antigènes erythrocytaires A et B avec les réactifs anti A, anti B et anti A+B.  
b)- L'étude de plasma qui consiste à rechercher des anticorps anti A et anti B avec des hématies tests A1, A2 et B ; en cas de nécessité, cette étude peut se faire à partir du sérum.
9. Le groupage Rh D comporte obligatoirement l'étude des hématies avec un réactif anti-D et un réactif témoin.
10. Le groupe sanguin ne sera réputé définitif qu'à la suite de deux déterminations réalisées à partir de deux prélèvements sanguins différents et par deux techniciens différents.
11. Un résultat Rh D négatif est complété par l'étude des antigènes C, E, c, e et par la recherche du D faible (D<sup>u</sup>) par un test indirect à l'antiglobuline polyvalente. Les unités Rh D négatif possédant l'antigène C et/ou l'antigène E sont étiquetées Rh D positif.
12. La recherche des anticorps anti -A et anti- B immuns est une analyse Immuno-Hématologique réalisée à l'occasion de chaque don du groupe sanguin O. La présence d'anticorps anti A et/ou anti B immuns doit être mentionnée sur l'étiquette des produits sanguins labiles.
13. La recherche des anticorps anti-érythrocytaires doit être pratiquée par un test indirect à l'antiglobuline un test en milieu salin et/ou un test enzymatique.  
La technique utilisée doit permettre de détecter les anticorps correspondant aux antigènes suivants: D, C, E, c, e, K, k, Fy<sup>a</sup>, Fy<sup>b</sup>, Jk<sup>a</sup>, JK<sup>b</sup>, M, N, S, s, P1, Le<sup>a</sup>, Le<sup>b</sup>.

**Décision n°97/MSP/MIN du 18 Octobre 1998 Portant Convention type Relative aux Conditions et au Modalités  
d'Approvisionnement et de Cession des Produits Sanguins Labiles**

Le Ministre de la Santé et de la Population ;

- Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 Juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu le décret exécutif n° 95-108 du 09 Avril 1995 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale du Sang ;
- Vu le décret exécutif n°96-66 du 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;
- Vu l'arrêté du 24 Mai 1998 relatif aux conditions de distribution du sang et de ses dérivés labiles;

**DECIDE :**

**Article 1** : En application des dispositions de l'article 9 de l'arrêté du 24 Mai 1998 relatif aux conditions de distribution du sang et de ses dérivés labiles, la présente décision a pour objet de fixer la convention type relative aux conditions et aux modalités d'approvisionnement et de cession des produits sanguins labiles.

**Article2** : La convention type visée à l'article 1 ci-dessus est fixée en annexe de la présente décision.

**Article3** : Une copie de la convention signée est adressée à l'Agence Nationale du Sang.

**Article 4** : Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la population est chargé de l'application des dispositions de la présente décision.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

## ANNEXE

### CONVENTION TYPE

Entre l'Etablissement Public de Santé (à préciser), fournisseur de produits sanguins labiles, sis à (à préciser), représenté par..... Ci-après dénommé fournisseur d'une part,  
Et..... (à préciser), utilisateur de produits sanguins labiles, sis à (à préciser), représenté par.....  
Ci- après dénommé utilisateur d'autre part :

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

### OBJET DE LA CONVENTION

**Article 1** : La présente convention a pour objet de fixer les conditions et les modalités d'approvisionnement et de cession en produits sanguins labiles.

### OBLIGATIONS DE L'UTILISATEUR

**Article 2** : La commande hebdomadaire en sang et dérivés sanguins labiles est adressée en début de semaine selon le modèle joint à la présente convention.

**Article 3** : L'utilisateur s'engage à adresser au fournisseur des donneurs de sang à titre de compensation.

**Article 4** : L'utilisateur s'engage à assurer le transport des produits sanguins labiles fournis tout en respectant les conditions de conservation et de rapidité. Le conteneur utilisé sera spécifiquement destiné aux produits sanguins.

**Article 5** : Toute commande de produits sanguins labiles est remis à un représentant médical ou paramédical de l'utilisateur munis d'un badge de service accompagné de :

- la demande des produits sanguins labiles, selon le modèle prévu en article 2 ci-dessus;
- une double détermination du groupage sanguin du malade, ou à défaut un prélèvement permettant de l'effectuer et éventuellement de pratiquer un test de compatibilité si nécessaire;
- la fiche navette, le billet d'hospitalisation ou tout document administratif relatif au malade.

### OBLIGATIONS DU FOURNISSEUR

**Article 6** : Le fournisseur atteste que les produits sanguins labiles délivrés sont prélevés, contrôlés, préparés et distribués conformément aux prescriptions de la réglementation en vigueur, notamment :

l'arrêté du 24 mai 1998 fixant le don de sang et de ses composants ;

- l'arrêté du 24 mai 1998 rendant obligatoire le dépistage de l'infection par le virus du Sida, des Hépatites B et C et de la Syphilis dans le don de sang et d'organes ;
- l'arrêté du 24 mai 1998 fixant les règles de bonne pratiques des qualifications biologiques du don de sang ;
- l'arrêté du 24 mai 1998 fixant les règles de bonnes pratiques de préparation des produits sanguins labiles à usage thérapeutique ;
- l'arrêté du 24 mai 1998 fixant les caractéristiques des produits sanguins labiles à usage thérapeutiques ;
- l'arrêté du 24 mai 1998 relatif aux conditions de distribution du sang et de ses dérivés labiles.

**Article 7** : Le fournisseur s'engage à répondre aux commandes des produits sanguins labiles en fonction de leur disponibilité.

**Article 8** : Avant toute distribution de concentré érythrocytaire, le fournisseur effectue une épreuve de compatibilité après vérification de :

- la concordance du groupe sanguin ABO Rh D du receveur et celui des unités à comptabiliser ;
- la concordance du phénotype du receveur et celui des unités à comptabiliser.

**Article 9** : Le fournisseur mentionne sur les poches de concentré érythrocytaire comptabilisées les indications suivantes :

- date de réalisation de la comptabilisation ;
- durée de validité de cette comptabilisation.

**Article 10** : Les produits sanguins labiles distribués ne sont ni repris, ni échangé.



**TARIF DE CESSION**

**Article 11** : Le tarif de cession des produits sanguins labiles (préciser lesquels) déterminé par le fournisseur sur le base du prix de revient des poches a sang, des frais de prélèvement, des qualifications sérologiques et Immuno-hématologiques, de stockage et de distribution que subira le produit labile une fois prélevé est fixé à ..... DA (à préciser)

**MODALITES DE PAIEMENT**

**Article 12** : (Modalités de paiement à arrêter par les deux parties)

**DUREE DE LA CONVENTION**

**Article 13** : La présente convention est établie pour une durée d'une année à compter de la date de sa signature par les deux contractants. Elle est renouvelable par tacite reconduction pour la même période.

**REGLEMENT DES LITIGES**

**Article 14** : Lorsque la situation l'exige, les deux parties conviennent de se rencontrer en vue de s'entendre à l'amiable sur les modifications à apporter à la présente convention ou à sa résiliation.

**Article 15** : Les deux parties se reconnaissent le droit de résilier la présente convention moyennant un préavis de ..... (à préciser) après dénonciation, dûment notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

**CLAUSES FINALES**

**Article 16** : Après la signature de la présente convention, aucune modification ne pourra être apportée autrement que par avenant accepté par les deux parties.

**Article 17** : La présente convention est établie en ..... (à préciser) exemplaires et comprend..... (à préciser) pages numérotées de 1 à ..... (à préciser) pages.

**Article 18** : L'utilisateur affirme avoir reçu et pris connaissance des dispositions de l'arrêté du 24 mai 1998 relatif aux conditions de distribution du sang et de ses dérivés labiles et de l'arrêté du 24 mai 1998 relatif à la prévention et aux mesures à prendre en cas d'accident transfusionnel immunologique ou septique.

< à.....>

Signature

signature

du Fournisseur

de l'utilisateur

**ANNEXE  
DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS (A REMPLIR EN DOUBLE EXEMPLAIRES)**

Nom et Prénom du malade.....Age.....Sexe.....

Service.....Lit.....Matricule.....Dossier n°.....

Groupe Sanguin Rhésus Phénotype (en toutes lettres)

Diagnostic et motif de la transfusion .....

Polytransfusé : NON OUI Date de la dernière transfusion //

Date de la dernière RAI // Résultats.....

Réactions transfusionnelles antérieures NON OUI Types .....

Nombre de grossesses antérieures

PRODUITS DEMANDES	QUANTITES	QUALIFICATIONS	
Sang total	.....	Phénotypé	
Concentré érythrocytaire	.....	Déleucocyté	
Concentré plaquettaire standard	.....	Lavé	
Concentré unitaire plaquettaire	.....	Autres .....	
PFC	.....		
Cryoprécipité	.....		
Autres	.....		
NOM DU MEDECIN PRESCRIPTEUR	TELEPHONE	SIGNATURE	CACHET

Date .....

Joindre à la demande : - Carte de groupe sanguin

- Echantillon de sang du malade pour test de compatibilité

Numéros des Unités distribuées

..... Date: // Nom et Signature du porteur

..... Heure: .....

N.B : - Avant toute transfusion, s'assurer que les unités à transfuser correspondent à ceux inscrit sur la présente demande ;

- Effectuer le contrôle pré transfusionnel ultime au lit du malade ;

- Consigner, toute transfusion d'un produit sanguin, sur le registre transfusionnel du service et sur la fiche transfusionnelle du receveur.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**Circulaire N° 007 / MSPRH / MIN du 12 Juin 2006 portant sur la collation pour donneurs de sang**

**Destinataires :**

- **Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la population " pour suivi et communication pour mise en œuvre" aux :**
- **Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés et aux directeurs des secteurs sanitaires,**
- **Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires**

La collecte de sang dans les établissements de soins est une activité d'une importance primordiale pour assurer les besoins de malades en sang et produits sanguins.

Le don de sang étant un geste humanitaire, tout doit être mis en œuvre pour que le donneur de sang reçoive le meilleur accueil. Outre la nécessité d'installer confortablement les donneurs de sang pour la collecte de sang, ces derniers doivent recevoir après le prélèvement, une collation nécessaire pour le rétablissement de la volémie sanguine. La collation est aussi un moyen de sensibiliser la population à l'importance du don de sang bénévole.

La collation doit comprendre au minimum un café au lait, du pain, des biscuits et un jus de fruits.

Les dépenses afférentes à cette collation seront imputées au chapitre " Alimentation" du budget des établissements de santé concernés.

En conséquence, il vous est demandé de veiller personnellement à la stricte application de cette mesure.

## **Autres Textes sur la Prévention**

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات  
**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

Le ministre  
N° 008 /MSPRH/MIN

09 OCT 2004

L'évaluation des activités sanitaires tant préventives que curatives des dernières campagnes de pèlerinage a mis en évidence l'émergence de pathologies, sans cesse croissantes, souvent incompatibles avec l'accomplissement des différents rites du pèlerinage et largement démontré la nécessité qu'il y a lieu d'en tenir compte à l'avenir dans la préparation des prochaines campagnes de pèlerinage.

Aussi, une attestation particulière devrait être accordée à la visite médicale que subissent, au niveau des structures de santé, les citoyens candidats au pèlerinage.

En effet, celle-ci doit être guidée par le souci de concilier le désir humain fort d'accomplir un devoir religieux et la nécessité pour l'intéressé d'être médicalement apte à le faire.

Si pour la majeure partie des affections aiguës ou chroniques prévalentes, il est possible, grâce au dispositif sanitaire mis en place tant en Algérie qu'en Arabie Saoudite, d'y faire face, il n'en est pas de même pour des affections lourdes.

Aussi, est-il expressément demandé aux praticiens assurant ces visites d'être attentifs à cette préoccupation.

A l'issue de la visite médicale, qui doit comprendre un examen clinique approfondi et des examens complémentaires selon le cas, ne devront être retenus comme aptes au pèlerinage que les citoyens dont le dossier médical offre des garanties de solidité et écartés ceux qui sont vulnérables et dont les conditions particulières du pèlerinage pourraient constituer un facteur de décompensation de leur maladie.

Concernant les citoyens ayant des antécédents psychiatriques ou en cours de traitement, l'avis du spécialiste doit être requis pour la détermination de l'aptitude.

S'agissant de certaines pathologies lourdes, telles que les cancers au stade terminal, l'incompatibilité est évidente. Elle est avérée pour les affections cardiaques, pulmonaires et rénales en cas de troubles fonctionnels graves : l'avis du spécialiste de la discipline concernée est fortement indiqué.

Concernant les autres maladies chroniques stabilisées ou équilibrées (diabète, Hypertension artérielle, asthme.....etc.) les informations médicales, les résultats des investigations biologiques les traitements y afférents continueront à être soigneusement transcrits sur les carnets de santé spécial Hadj que présenteront les intéressés, à l'occasion des consultations qu'ils solliciteront auprès des médecins de la mission médicale de pèlerinage.

La sensibilisation, l'information de nos pèlerins dans le domaine de l'hygiène, de la diététique constituent un axe privilégié pour la prévention des maladies transmissibles et la décompensation de maladies préexistantes ; les médecins devront saisir l'opportunité donnée par ces visites pour dispenser les conseils diététiques, hygiéniques très utiles lorsqu'il s'agit de personnes âgées ou présentant des tares et ou des maladies chroniques.

Le risque infectieux, favorisé par le climat, le nombre élevé des individus, la promiscuité constitue pour nous tous la hantise. Le risque couvert par la vaccination obligatoire est celui de la méningite cérébrospinale.

La couverture de celui de la grippe par la vaccination est à encourager notamment pour les sujets âgés, ceux porteurs de tares ou d'affections pulmonaires chroniques.

En raison de l'intérêt que lui accorde aussi bien le citoyen que les pouvoirs publics tant sur le plan religieux que celui de l'organisation qu'il requiert.

J'attache la plus grande importance à l'application de la présente instruction.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière

**Mourad REDJIMI**

# Arrêté n°046 MSPRH/MIN du 14 MAI 2009 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'accomplissement des rites du pèlerinage

## Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Reforme Hospitalière

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, relative a la protection et a la promotion de la sante modifiée et complétée

- Vu le décret exécutif n° 96-66 du 07 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé, de la Population et de la Reforme Hospitalière

Vu le décret Présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement

## Arrête

### Article 1 :

Le présent arrêté fixe la liste des affections médicales incompatibles avec l'accomplissement des rites du pèlerinage.

### Article 2 :

Les affections non mentionnées dans la liste annexée au présent arrêté et susceptibles de constituer un motif d'incapacité au pèlerinage, sont laissées à l'appréciation de la Commission Médicale de wilaya d'aptitude avec l'accomplissement des rites du pèlerinage.

### Article 3 :

Le présent arrêté sera publié dans le bulletin officiel du Ministère de la Santé, de la Population et de la Reforme Hospitalière.

Fait à Alger le 14 Mai 2009

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

الدكتور : السعيد بركات

## **Annexe : Liste des affections incompatibles avec les rites du pèlerinage**

Ce sont toutes les affections pouvant exposer le pèlerin, en accomplissant ses rites, à une défaillance du somatique ou mentale et mettant en jeu le pronostic vital.

### **1 - AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

- 1.1 - Syndrome coronaire aigu : infarctus du myocarde et/ou angine de poitrine instable
- 1.2 - Pontage ou angioplastie coronaire de moins d'une année
- 1.3 - Insuffisance cardiaque décompensée
- 1.4 - HTA sévère, non contrôlée 1.5 - Valvulopathie évoluée
- 1.6 - Anévrisme aortique non traité
- 1.7 - Thrombophlébite profonde des membres inférieurs
- 1.8 - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

### **2 - AFFECTIONS MENTALES**

- 2.1 - Démences quelque soit son étiologie
- 2.2 - Psychoses déficitaires
- 2.3 - Troubles bipolaire en rechute (manie, dépression) 2.4 - Psychoses chroniques en rechute

### **3 - PNEUMOLOGIE**

- 3.1 - Asthme, broncho - pneumopathie chronique obstructive et affections dyspnéiques au stade d'insuffisance respiratoire évoluée.
- 3.2 - Tuberculose pulmonaire à frottis positif sur terrain particulier (diabète, insuffisance rénale)
- 3.3 - Tuberculose multifocale évolutive
- 3.4 - Pneumothorax récidivant non opéré

### **4 - APPAREIL LOCOMOTEUR**

Handicap moteur majeur avec perte de l' autonomie (déficit moteur post-traumatique, vasculaire, tumoral, infectieux et dégénératif, hémiplégie et paraplégie)

### **5 - ONCOLOGIE**

Cancers évolutifs et /ou métastatiques quelque soit le siège, en dehors des cas en rémission ou en traitement cyclique (en dehors de chimiothérapie ou radiothérapie).

### **6 - AFFECTIONS METABOLIQUE ET RENALE**

- 1.1 - Insuffisance rénale traitée par épuration extra-rénale
- 1.2 - Pied diabétique compliqué ou évolutif

### **7 - Cas particuliers :**

Grossesse au 3<sup>eme</sup> trimestre

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات  
**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION**  
**ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

Le Secrétaire Général

الأمين العام

**Instruction n° 539 du 11 Mai 2009**

Destinataires: **Mme et Mrs** les DSP (pour exécution)  
**Mme et Mrs** les DG de CHU (pour exécution)

**Objet: visites médicales d'aptitude à l'accomplissement des rites  
du Pèlerinage .**

Suite a l'évaluation des campagnes de pèlerinage précédentes et en vue d'améliorer les conditions de son déroulement, il a été décidé de mettre en place des commissions médicales de wilaya chargées de statuer sur l' aptitude médicale de chaque candidat a l'accomplissement des rites du pèlerinage.

Cette nouvelle procédure fera l'objet de deux arrêtés ministériels, l'un précisera les missions, la composante ainsi que la wilaya d'intervention de chaque commission, le second fixera la liste des affections médicales incompatibles avec l'accomplissement des rites du pèlerinage

Il vous appartient d'ores et déjà, sur la base du nombre de candidats retenus par wilaya :

- 1) d'identifier les structures de santé répondant au mieux à la mise en œuvre de cette opération (accès, personnel, plateau technique ).
- 2) de programmer les visites médicales des candidats retenus à raison de 02 fois par semaine. Ce programme de visites débutera des la deuxième quinzaine du mois de mai 2009 et s'étalera jusqu'au 22 octobre 2009.
- 3) de porter tous les éléments d'information, concernant les structures de santé retenues, la périodicité des visites médicales, les horaires, à la connaissance des citoyens retenus au tirage au sort par le biais des APC et des mosquées.
- 4) de prendre attache avec les Directeurs de la Santé et de la Population et des Directeurs Généraux des CHU des wilayate de provenance des membres des commissions afin d'arrêter de commun accord les modalités pratiques de mise en œuvre du programme de visites y compris les aspects liés a la prise en charge de ces membres (transport, restauration, hébergement éventuelle).

J'attache la plus grande importance à la réussite de cette opération dans l'interet bien compris des futurs pèlerins et vous demande de veiller personnellement à la réunion de toutes conditions nécessaires à son exécution.

Le Directeur des Services de Santé et le Charge d'Etudes et de Synthèses, le Chargé des Relations Extérieures et Coopération sont chargés chacun en ce qui le concerne du suivi de *l'application de la présente instruction.*

الأمين العام  
الدكتور عبد السلام شاكو



# Décret exécutif n° 01-285 du 6 Rajab 1422 correspondant au 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé notamment son article 63 ;

Vu le décret présidentiel n° 2000-256 du 26 Joumada El Oula 1421 correspondant au 26 août 2000 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 01-139 du 8 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;

**Décète:**

**Article 1<sup>er</sup>:** En application des dispositions de l'article 63 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, le présent décret a pour objet de fixer les lieux publics où l'usage de tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction.

## Chapitre I

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

**Article 2 :** On entend par tabac, au sens du présent décret, tout produit contenant, ne serait-ce qu'en partie, du tabac utilisé pour fumer, priser, chiquer, mâcher ou sucer,

**Article 3 :** Les lieux publics où l'usage du tabac est interdit sont les établissements scolaires d'enseignement préparatoire et de formation professionnelle et les lieux utilisés pour l'accueil et l'hébergement des mineurs.

## Chapitre II

### DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AU TABAC À FUMER

**Article 4 :** Sans préjudice des dispositions de l'article 3 du présent décret, les lieux publics où l'usage du tabac à fumer est interdit au sens du présent décret sont, par principe, tous les lieux fermés et couverts affectés à un usage collectif et, en ce qui concerne les établissements d'éducation, d'enseignement et de formation, tous les lieux fermés couverts et non couverts fréquentés par les élèves et les étudiants.

Les lieux définis à l'alinéa ci-dessus sont notamment :

les établissements de formations et d'enseignement ;

les établissements de santé

les salles où se déroulent des manifestations sportives, culturelles, scientifiques, économiques et de loisirs ;

les lieux de travail affectés à un collectif de travailleurs : locaux d'accueil, de réceptions et de restauration collective, salles de

réunions ainsi que les locaux sanitaires et médico-sanitaires ;

les transports publics routiers, ferroviaires, maritimes et aériens

les locaux commerciaux où sont consommés, sur place, des denrées alimentaires et des boissons ;

les salles et zones d'attente.

**Article 5 :** Des emplacements sont, le cas échéant, mis à la disposition des fumeurs, dans les lieux visés à l'article 4 ci-dessus à l'exception des lieux cités à l'article 3 et aux points 1 à 3 de l'article 4 du présent décret.

Les emplacements visés à l'alinéa ci-dessus sont, soit des locaux spécifiques, soit des espaces ou zones délimités disposant d'un débit minimal de ventilation de sept (7) litres par secondes et par occupant, pour les locaux dont la ventilation est assurée mécaniquement ou naturellement par conduit, ou de sept (7) mètres cubes par occupant, pour les locaux dont la ventilation est assurée par des ouvrants extérieurs.

**Article 6 :** Les emplacements prévus à l'article 5 ci-dessus sont déterminés par l'autorité sous laquelle sont placés les lieux, en tenant compte, dans tous les cas, de la nécessité d'assurer la protection des non fumeurs.

**Article 7 :** Une signalisation apparente rappelle l'interdiction de fumer dans les lieux visés aux articles 3 et 4 ci-dessus et indique, le cas échéant, les emplacements mis à la disposition des fumeurs.

## Chapitre III

### SANCTIONS ADMINISTRATIVES ET DISCIPLINAIRES

**Article 8 :** L'interdiction de fumer, les mesures de protection des non-fumeurs ainsi que les sanctions disciplinaires encourues en cas d'inobservation de ces règles figurent obligatoirement dans le règlement intérieur des établissements comportant des lieux publics interdits à l'usage du tabac, tels que définis aux articles 3 et 4 du présent décret et portés à la connaissance des personnels et des usagers.

**Article 9 :** Des sanctions administratives sont prononcées à l'encontre des organismes, entreprises et établissements contrevenant aux dispositions du présent décret,

Les sanctions administratives sont prononcées conformément à la réglementation en vigueur, notamment la mise en demeure ou le retrait temporaire de l'autorisation d'exercer pour une période de 15 jours.

**Article 10 :** Les sanctions disciplinaires encourues par les employés contrevenant aux dispositions du présent décret vont de l'avertissement à la mise à pied de un (1) à trois (3) jours.

## Chapitre IV

### DISPOSITIONS FINALES

**Article 11 :** Des actions d'information, d'éducation et de communication à destination des personnels, des usagers et de toutes personnes fréquentant les lieux visés aux articles 3 et 4 ci-dessus sont prises par les autorités concernées à l'effet de préparer et de mettre en œuvre les mesures édictées par le présent décret.

**Article 12 :** Des modalités spécifiques d'application à certains secteurs d'activité des dispositions des articles 5, 6 et 9 du présent décret sont fixées par arrêté du ministre en charge du secteur concerné.

**Article 13 :** Un délai de six (6) mois, comptant à partir de la date de publication du présent décret au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, est accordé pour la mise en conformité des lieux publics, visés aux articles 3 et 4 ci-dessus avec les dispositions des articles 5 et 7 à 10 du présent décret.

**Article 14 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 Rajab 1422 correspondant au 24 septembre 2001.

Ali BENFLIS

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

D N O S S

CIRCULAIRE N° 607 DU 24 SEPTEMBRE 1994

DESTINATAIRES : Mrs les DSPTS (pour exécution)  
Mrs les DG de CHU (pour exécution)

**Objet : Déclaration des causes de décès**

P.J. : 02 annexes.

L'état de santé d'une population est apprécié par les données de morbidité et de mortalité.

En matière de mortalité, nous notons actuellement une défaillance notable du système d'enregistrement des causes de décès, y compris en milieu hospitalier, où pourtant les causes de décès peuvent être connues.

Afin de remédier à ces insuffisances, les établissements hospitaliers seront les principaux \* acteurs \* dans la mise en place du système d'enregistrement des causes de décès.

Pour ce faire, les Directeurs des établissements hospitaliers sont tenus d'adresser à L'Institut National de Santé Publique, mensuellement, le relevé des causes de décès selon le modèle ci-joint (annexe 1).

Par ailleurs, en annexe 2, vous trouverez une note explicative destinée aux médecins chargés d'établir la notification des causes de décès.

Vous voudriez bien veiller à la diffusion de la présente circulaire à tous les services concernés et me faire connaître toutes les difficultés que son application pourrait rencontrer.

Le Directeur de la Normalisation  
et de l'Organisation du Système de Santé

**Annexe 1**

**RELEVÉ MENSUEL DES CAUSES DE DECES**

Secteur Sanitaire de .....

Hôpital..... Mois de ..... Année.....

Age du décédé	Sexe	Commune de résidence du décédé	profession	Service d'hospitalisation	Durée d'hospitalisation	Cause du décès

1 Si enfant de moins de 1 mois, donner l'age en jours- si enfant de moins d'un an, donner l'age en mois.

(ANNEXE 2)

**NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS  
NOTIFIANT LA CAUSE DE DECES**

Les causes de décès ont un grand rôle à jouer dans la connaissance de l'état de santé d'une population et dans la recherche médicale.

Les statistiques de mortalité habituelles sont préparées conformément aux règles et recommandations adoptées par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les causes sont regroupées et classées selon la classification internationale des maladies en vigueur selon les règles et recommandations se rapportant à la rédaction des certificats des causes de décès.

Lorsque le décès résulte d'un seul état morbide, tel qu'une maladie infectieuse aiguë, l'établissement du certificat de cause de décès ne présente pas de difficulté.

Mais une proportion croissante de décès surviennent chez des sujets atteints d'une ou plusieurs affections chroniques.

La majorité des statistiques classiques s'appuient sur une seule cause par décès, se pose alors le problème de savoir laquelle des causes à retenir.

Pour arriver à prévenir des décès prématurés, l'enchaînement des phénomènes doit être interrompu ou le traitement institué en quelque point de la séquence. L'objectif le plus rentable en santé publique est d'empêcher la cause déclenchante de se manifester. C'est dans ce sens que nous retiendrons la cause initiale de décès.

**DEFINITION DE LA CAUSE INITIALE**

\*Maladie ou traumatisme ayant provoqué l'enchaînement des phénomènes morbides qui ont abouti directement à la mort\*.

Ou,

\*Les circonstances de l'accident ou du traumatisme qui ont entraîné la mort\*.

On ne doit donc pas indiquer la façon de mourir (arrêt cardiorespiratoire, mort naturelle..... qui sont des termes à proscrire, mais la maladie ou l'affection qui est à l'origine du processus morbide.

Lorsqu'une succession d'affections a entraîné la mort, noter la succession en commençant par la plus récente, et en terminant par la plus ancienne, c'est à dire, celle qui a inauguré la suite des événements se situant entre l'état de santé normal et le décès.

En cas d'accident, d'empoisonnement ou tout autre mort violente, donner la cause extérieure (ex : collision de deux véhicules).

Quelques exemples :

Enfant de 10 mois meurt de pneumonie consécutive à une rougeole. La cause directe est la pneumonie qui est considérée comme due à la rougeole. La cause initiale est la rougeole.

Un homme de 49 ans meurt d'une fracture de la voûte crânienne après une collision entre la voiture qu'il conduisait et un poids lourd. Préciser les conditions de survenue de l'accident. La cause initiale est la collision entre deux véhicules à moteur.

Une femme de 38 ans décède d'un arrêt cardiaque, après une césarienne exécutée pour dystocie apparue au cours du travail par enclavement de jumeaux.

En cas de difficultés à reconnaître la cause initiale, donner le maximum d'informations, les services de traitement des causes de décès, en appliquant les règles de codage de la CIM retrouveront la cause initiale du décès.

Pour plus d'informations, lire :

Le certificat médical de la cause de décès (OMS, Genève, 1990)

CIM, 1<sup>er</sup> volume, p 703 à 749 (certificat médical et règles de classement).

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

LE MINISTRE

**Instruction n° 003 du 13 MAI 2004**

Mesdames, Messieurs les Directeurs de la  
Santé et de la population des wilayas (tous)

**OBJET: Institution du certificat de décès périnatal et néonatal tardif.**

L'amélioration de la santé maternelle et infantile a été érigée au rang des priorités sanitaires nationales. En conformité avec les objectifs de développement du millénaire, auxquels notre pays a souscrit et en liaison avec nos potentialités et nos capacités, le but est de tendre à une accélération de la réduction de la mortalité maternelle, infantile et périnatale.

Les objectifs quantitatifs fixés à l'horizon 2010 sont notamment de réduire de moitié de taux de mortalité maternelle, enregistré en 1999 (117/100.000) et de 30% le taux de mortalité infantile enregistré en 2002 (34,6 pour mille naissances vivantes) ; Au regard des progrès tangibles enregistrés en matière de mortalité infantile, qui se situe actuellement à 34,6 pour mille, il apparaît néanmoins deux éléments majeurs :

La mortalité néonatale pèse très lourdement sur la mortalité infantile et reste sous-évaluée. Sa part, sur la base des données hospitalières est de l'ordre de 70%.

Dans la structure des décès périnatals (morts nés et décès dans les 0 à 6 jours) seuls les morts nés, sont recensés par les services de l'état civil.

Les décès de 0 – 28 jours ne sont pas différenciés de l'ensemble des décès de moins d'un an et une analyse fine de la structure par âge de la mortalité infantile ne peut être ainsi réalisée qu'à l'échelle nationale, sur la base des données d'enquêtes par sondage.

En outre, les faux mort-nés représenteraient environ 20% de la mortalité néonatale.

Au-delà de la faiblesse flagrante du système national d'information statistique, ce constat implique la nécessité de standardiser les concepts de mort fœtale, mort-né et naissance vivante.

La connaissance de la mortalité périnatale est déjà une source de progrès pour les états soucieux d'améliorer la qualité des soins dans cette tranche d'âge vulnérable.

Il est aussi nécessaire d'asseoir un système d'évaluation continu des décès périnatals et néonatals tardifs, dans le système d'information sanitaire et par là même, une évaluation fiable de la mortalité infantile par les services de l'Etat Civil.

Partant de ces considérations, il vous est demandé de suivre personnellement en communication avec les Directeurs des secteurs sanitaires, la mise en application pour une première période de 3 mois, ce nouveau support en veillant à impliquer l'ensemble des maternités et des services de pédiatrie.

A l'issue de cette première phase, les certificats de décès dûment renseignés seront retournés à l'administration centrale, direction de la population.

Je souligne que l'institution définitive de ce certificat de décès qui revêt une portée médico-légale, sera soumise aux procédures réglementaires et institutionnelles requises.

J'accorde un intérêt particulier à la concrétisation de cette action de santé publique, qui s'inscrit dans l'objectif lié à l'assurance de la qualité des soins.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**Mourad REDJIMI**

**Décret exécutif n° 03-353 du 19 Chaâbane 1424 correspondant au 15 octobre 2003 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de protection sanitaire contre le risque toxique.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 87-17 du 1er août 1987 relative à la protection phytosanitaire ;

Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;

Vu la loi n° 88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale;

Vu la loi n° 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;

Vu la loi n° 03-10 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable ;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 6 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-39 du 30 janvier 1990, modifié et complété, relatif au contrôle de la qualité et à la répression des fraudes ;

Vu le décret exécutif n° 90-79 du 27 février 1990 portant réglementation du transport des matières dangereuses ;

Vu le décret exécutif n° 90-277 du 15 septembre 1990 portant création, mission, composition et fonctionnement du comité technique du transport des matières dangereuses (C.T.T.M.D) ;

Vu le décret exécutif n° 91-04 du 19 janvier 1991 relatif aux matériaux destinés à être en contact avec les denrées alimentaires et les produits de nettoyage de ces matériaux ;

Vu le décret exécutif n° 91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu du travail ;

Vu le décret exécutif n° 91-53 du 23 février 1991 relatif aux conditions d'hygiène lors du processus de la mise à la consommation des denrées alimentaires ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n° 97-254 du 3 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 8 juillet 1997 relatif aux autorisations préalables à la fabrication et à l'importation des produits toxiques ou présentant un risque particulier ;

Vu le décret exécutif n° 98-188 du 7 Safar 1419 correspondant au 2 juin 1998 portant création, organisation et fonctionnement du centre national de toxicologie ;

Vu le décret exécutif n° 98-339 du 13 Rajab 1419 correspondant au 3 novembre 1998 définissant la réglementation applicable aux installations classées et fixant leur nomenclature ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement du comité national de protection sanitaire contre le risque toxique, dénommé ci-après «le comité».

**Article 2** : Le comité, placé auprès du ministre chargé de la santé, est chargé, dans le cadre de la politique nationale de santé, de contribuer à l'élaboration d'un programme national de prévention et de protection sanitaire contre le risque toxique.

A ce titre, il a pour missions notamment :

— de proposer un mécanisme de coordination des actions engagées par l'ensemble des institutions et organismes concernés par le risque toxique,

— de proposer toute mesure d'ordre technique ou réglementaire destinée à la protection contre le risque toxique,

— de proposer des programmes d'information, de sensibilisation et d'éducation des populations à risque,

— de proposer un système d'alerte et de réponse en cas d'accident collectif ou de nature à évoluer comme tel, d'origine chimique, physique ou microbiologique,

— de proposer un système d'information continue sur toutes substances toxiques permettant la localisation, l'identification et l'évaluation de la gravité du risque toxique et de proposer toute mesure de protection sanitaire appropriée,

— de collecter étudier et exploiter toutes informations utiles, de participer à la création d'une banque de données et de veiller en permanence à sa mise à jour.

**Article 3** : Le comité, présidé par le ministre chargé de la santé ou son représentant, est composé :

— **d'un représentant des ministres chargés :**

— de la défense nationale,

— de l'intérieur et des collectivités locales,

— du commerce,

— de l'énergie et des mines,

— de l'environnement,

— du transport,

— de l'agriculture et du développement rural,

— de la santé, de la population et la réforme hospitalière,

— des ressources en eau,

— de la petite et de la moyenne entreprise et de l'artisanat,

— de la poste et des technologies de l'information et de la communication,

— de l'industrie,

— du travail et de la sécurité sociale,

— de la pêche et des ressources halieutiques.

— **d'un représentant des structures et organismes nationaux suivants :**

— commandement de la gendarmerie nationale,

— direction générale de la sûreté nationale,

— direction générale des douanes,

— direction générale de la protection civile,

— commissariat à l'énergie atomique,

— direction générale de la "SONATRACH",

— direction générale de la "SONELGAZ".

— de neuf (9) experts compétents dans les domaines suivants :

— toxicologie,

— médecine du travail,

— épidémiologie,

- chimie,
- agronomie,
- environnement,
- biologie,
- écologie,
- médecine vétérinaire.

**Article 4 :** Le comité peut faire appel à toutes personnes qui, en raison de leurs compétences, sont susceptibles de l'aider dans ses travaux.

**Article 5 :** Les membres du comité sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent, pour une période de trois (3) années, renouvelable.

En cas d'interruption du mandat d'un membre du comité il est pourvu à son remplacement selon les mêmes formes prévues à l'alinéa ci-dessus, jusqu'à expiration du mandat.

**Article 6 :** Le comité élabore et adopte son règlement intérieur.

**Article 7 :** Le comité se réunit en session ordinaire une fois par trimestre, sur convocation de son président.

Il peut, en outre, se réunir en session extraordinaire, à l'initiative de son président ou des deux tiers (2/3) de ses membres.

L'ordre du jour est fixé par le président.

Les délibérations du comité sont consignées sur des procès-verbaux signés par le président et transmis au ministre chargé de la santé.

**Article 8 :** Le secrétariat du comité est assuré par les services compétents du ministre chargé de la santé.

**Article 9 :** Le comité élabore et adresse, au ministre chargé de la santé, un rapport annuel portant sur le bilan de ses activités et sur la situation sanitaire concernant le risque toxique.

**Article 10 :** Il est mis à la disposition du comité les moyens humains, matériels et financiers nécessaires à son fonctionnement.

Les crédits nécessaires au fonctionnement du comité sont individualisés et inscrits à l'indicatif du budget du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 11 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Chaâbane 1424 correspondant au 15 octobre 2003.

**Ahmed OUYAHIA**

# MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

## Arrêté du 22 Rajab 1428 correspondant au 6 août 2007 portant création, organisation et fonctionnement d'un point focal national relatif au règlement sanitaire international chargé des urgences de santé publique de portée internationale.

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n°88-08 du 26 janvier 1988 relative aux activités de médecine vétérinaire et à la protection de la santé animale ;

Vu la loi n°01-11 du 11 Rabie Ethani 1422 correspondant au 3 juillet 2001 relative à la pêche et à l'aquaculture ;

Vu la loi n°05-12 du 28 Joumada Ethania 1426 correspondant au 4 août 2005 relative à l'eau ;

Vu le décret présidentiel n°07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n°05-428 du 5 Chaoual 1426 correspondant au 7 novembre 2005 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Il est créé, auprès du ministre chargé de la santé, un point focal national relatif au règlement sanitaire international chargé des urgences de santé publique de portée internationale, dénommé ci-après, "le point focal national RSI".

**Article 3 :** Le siège du point focal national .RSI. est fixé au ministère chargé de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 3 :** Le point focal national .RSI. est un organe permanent de consultation et de concertation.

**Article 4 :** Le point focal national .RSI. a pour mission de contribuer à la mise en œuvre du règlement sanitaire international en vue de protéger le territoire national de l'introduction, de l'implantation et de la propagation de maladies provenant de l'extérieur et ce en acquérant, renforçant et maintenant les capacités nationales de surveillance, de détection et de prise en charge de toute flambée épidémique de maladies transmissibles ou de tout événement pouvant occasionner un risque pour la santé publique d'étiologie transmissible ou non transmissible.

A ce titre, il est chargé notamment de :

- recueillir toutes les informations en rapport avec un événement pouvant causer un risque sanitaire pour la population en provenance de secteurs divers ;
- coordonner l'analyse des événements et évaluer le risque de propagation internationale de toute flambée épidémique de maladies transmissibles ou de tout événement pouvant occasionner un risque pour la santé publique d'étiologie transmissible ou non transmissible survenant sur le territoire national ;
- déclarer ou notifier au point contact .RSI. de l'Organisation mondiale de la santé les informations considérées comme urgentes ou pertinentes après concertation avec les autorités concernées ;
- répondre aux demandes d'information de l'Organisation mondiale de la santé après concertation avec les autorités concernées, selon les procédures en vigueur, en vérifiant pour elle des informations émanant de sources autres que les sources officielles et en donnant des informations concernant un risque identifié en dehors du territoire ;
- diffuser des informations aux départements ministériels compétents et autres secteurs concernés, notamment les secteurs responsables de la surveillance et de la déclaration des maladies, les services de santé publique et les points d'entrée : les aéroports, ports et postes frontières terrestres ;
- renforcer, en la matière, la coordination entre les services de santé et les services concernés relevant des autres départements ministériels.

**Article 5 :** Le point focal national .RSI., présidé par le ministre chargé de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ou son représentant, est composé comme suit :

### 1. Au titre des départements ministériels :

- un représentant du ministre de la défense nationale ;
- un représentant du ministre de l'intérieur et des collectivités locales ;
- un représentant du ministre des affaires étrangères ;
- un représentant du ministre des ressources en eau ;
- un représentant du ministre du commerce ;
- un représentant du ministre de l'aménagement du territoire, de l'environnement et du tourisme ;
- un représentant du ministre des transports ;
- un représentant du ministre de l'agriculture et du développement rural ;
- un représentant du ministre de la communication ;
- un représentant du ministre de la pêche et des ressources halieutiques.

### 2. Au titre de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière :

- le directeur de la prévention ;
- le directeur de la pharmacie ;
- le directeur des services de santé ;
- le directeur de la réglementation et de la documentation.

### 3. Au titre des établissements placés sous tutelle du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière :

- un représentant de l'institut national de santé publique ;
- un représentant de l'institut Pasteur d'Algérie.

### 4. Au titre des autorités aux frontières :

- un représentant de la direction générale des douanes ;
- un représentant de la direction générale de la sûreté nationale (la police des frontières).

**Article 6 :** Le point focal national .RSI. peut, en cas de besoin, faire appel à toute personne susceptible de l'assister utilement dans ses travaux.

**Article 7 :** Le secrétariat du point focal national .RSI. est assuré par la direction de la prévention du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 8 :** Le point focal national .RSI. se réunit en session ordinaire, sur convocation du président, une fois par semestre, et autant de fois que de besoin, en session extraordinaire, lorsque les circonstances l'exigent.

**Article 9 :** Le point focal national .RSI. élabore et adopte son règlement intérieur.

**Article 10 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 22 Rajab 1428 correspondant au 6 août 2007.

Amar TOU.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Direction de la Prévention  
N° 21478/MSPRH/DP/2010

Alger le 07 OCT 2010

Note à Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé  
et de la Population de Wilaya

En communication à Mesdames et Messieurs les :

- Directeurs des EPH
- Directeurs des EPSP
- Directeurs des EHS

**Objet** : Campagne d'information et de prévention sur les risques d'intoxication au monoxyde de carbone durant l'hiver 2010-2011.

Le monoxyde de carbone est un gaz asphyxiant , très toxique , incolore et inodore et qui se diffuse très rapidement dans l'environnement , Sa présence résulte d'une combustion incomplète , quelque soit le combustible utilisé : Bois , butane , propane , mazout , charbon , L'intoxication par le gaz de ville est tout aussi possible .

L'hiver 2008-2009 a été assez rigoureux et s'est soldé par de nombreuses intoxications au monoxyde de carbone dont certaines ont eu une issue fatale surtout dans la région des hauts plateaux.

En effet 4631 personnes ont été intoxiqués dont 91 décès (31 enfants ,29 femmes et 31 hommes), Bien que cela reste en deçà de la réalité (certaines Wilayas n'ayant pas l'information exhaustive), il n'en demeure pas moins qu'au regard de ces résultats, l'intoxication au monoxyde de carbone est considérée comme étant un risque sanitaire important.

Il s'agit, à l'approche des périodes de froid propices à la recrudescence de ce type d'accident, d'informer le grand public des dangers et des circonstances de survenue des intoxications au monoxyde de carbone est surtout comment s'en prémunir.

A cet effet, à compter du 25 octobre 2010, je vous demande de bien vouloir mobiliser votre personnel de santé dans cette campagne dont le slogan est « **AERATION- VENTILATION même en hiver** » par l'organisation de :

- Séances d'information et de sensibilisation auprès du public dans vos structures et au sein des établissements scolaires.
- Portes ouvertes sur ce thème en collaboration avec les partenaires associés à cette action ;les directions de l'Education Nationale , du Commerce , de l'Habitat , des Collectivités Locales , de la Protection Civile , de la Sonelgaz et de Naftal.

Une fiche technique sur les intoxications au monoxyde de carbone est jointe en annexe

Le Directeur de la Prévention  
Professeur Mosbah



Direction de la Prévention

**ANNEXE, FICHE TECHNIQUE SUR LA PREVENTION DES INTOXICATIONS  
AU MONOXYDE DE CARBONE**

Le monoxyde de carbone (**CO**) est un gaz asphyxiant invisible, indexe et très toxique, il est le résultat d'une mauvaise combustion, quelle que soit la source d'énergie (butane, charbon, essence, fuel, gaz naturel, pétrole, propane...).

Sa densité est voisine de celle de l'air. Il se diffuse donc très vite dans l'environnement.

**1/ les effets sanitaires du monoxyde de carbone ; pourquoi c'est dangereux ?**

Le monoxyde de carbone agit comme un gaz asphyxiant très toxique prenant la place de l'oxygène dans le sang. Les effets aigus résultent de la grande affinité pour les protéines transportant l'oxygène (hémoglobine du sang et myoglobine des muscles). Il peut s'avérer mortel en moins d'une (01) heure.

**2/ Quelle sont les circonstances de survenue ?**

- Absence de ventilation de la pièce où est placé le chauffage
- Mauvaise évacuation des produits de combustion
- Défaut d'entretien des appareils de chauffage
- Vétusté des appareils
- Mauvaise utilisation des appareils en continu et sans aération
- Utilisation d'appareils non-conformes
- Utilisation d'appareils non destinés au chauffage (tabouna)

**3/ Quels sont les symptômes ?**

Il existe deux types d'intoxication :

- L'intoxication faible dite « chronique » qui se manifeste par des maux de tête, des nausées, une confusion mentale, de la fatigue. L'intoxication est lente et les symptômes de cette intoxication peuvent ne pas se manifester immédiatement.
- L'intoxication rapide dite « aigue » qui entraîne des vertiges, une perte de connaissance, une impotence musculaire, des troubles du comportement, voire le coma ou le décès.

**4/ Que faire en cas d'intoxications conduite à tenir**

- Soustraire immédiatement le patient à l'atmosphère toxique
  - Arrêter la source du toxique
  - Ouvrir les fenêtres
  - Transporter le malade dans une pièce bien aérée en lui évitant tout mouvement aggravant l'anoxie.
- Appeler la protection Civile ou le SAMU
- En cas d'intoxication au gaz de ville, en plus des mesures précédentes, n'allumez pas la lumière car il y a risque d'explosion.

**5/ Comment en assurer la prévention ?**

Les messages principaux de la campagne en matière de prévention des intoxications au monoxyde de carbone consistent à :

- Informer la population des dangers liés au monoxyde de carbone ;
- Sensibiliser les professionnels de la santé au diagnostic des intoxications oxycarbonées aiguës ;
- Faire vérifier ces installations de chauffage et de production d'eau chaude par un professionnel qualifié (chaudière, chauffe eau, chauffe bain, cheminée, poêle).
- Aérer son logement même en hiver et ne jamais obstruer les aérations du logement même en hiver ;
- Respecter les consignes d'utilisation des appareils ;
- Ne jamais utiliser d'appareils non destinés à cet usage : cuisinière, braiera ou hanoun
- Nettoyer régulièrement les brûleurs de votre cuisinière à gaz (on doit voir une flamme bleue)

**6/ Que faire en cas d'utilisation :**

- 1- De poêles au charbon, au gaz, au bois, au mazout, au pétrole, au butane
  - La pièce doit toujours être ventilée,
  - Ne pas utiliser en continu ces appareils et les éteindre le soir,
  - Veiller à entretenir régulièrement ce type d'appareil (ramonage, vérification de l'intégrité des tuyaux)

**7/ d'un chauffe-eau ou gaz**

- Placer le chauffe-eau dans la cuisine et jamais dans la salle de bain,
- Bien ventiler le local, placer une fenêtre à persiennes et une grille au bas de la porte,
- Entretien régulièrement ces appareils.

**8/ des bouteilles de gaz butane**

- Vérifier régulièrement la tuyauterie de gaz et les différents joints, les changer si nécessaire.  
Vérifier la fermeture du robinet d'arrêt de gaz après chaque utilisation

Le Secrétaire Général

**INSTRUCTION N° 07 00001 DU 27 AVR 2010 RELATIVE A LA CELEBRATION DE LA JOURNEE MONDIALE  
CONTRE LE PALUDISME 2010 SOUS LE THEME « VAINCRE LE PALUDISME, LE COMPTE A REBOURS EST  
LANCE »**

Destinataires :

- |                                                                                                                          |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - Monsieur le Ministre                                                                                                   | Pour Information |
| - Madame et Messieurs les Walis                                                                                          | Pour Information |
| - Madame et Messieurs les Directeurs Centraux du Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière | Pour Information |
| - Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des Institutions sous tutelle                                              | Pour Information |
| - Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population.                                                    | Pour exécution   |

Le paludisme maladie mortelle transmise par les moustiques près d'un million de personnes chaque année et en affecte jusqu'à 500 millions dans 109 pays d'Afriques d'Asie et d'Amérique Latine. Un enfant meurt du paludisme toutes les trente secondes. La Communauté internationale se prépare à vaincre le paludisme à travers le monde.

La journée Mondiale contre le Paludisme est célébrée cette année le 25 Avril sous le thème « vaincre le paludisme, le compte à rebours est lancé » et pour slogan « un jour pour agir »

Le thème « vaincre le paludisme, le compte à rebours est lancé » a été choisi afin de marquer un tournant décisif dans la lutte contre cette maladie.

Cette célébration permet de donner à tous l'opportunité de déployer plus d'effort afin de diminuer l'impact paludisme et d'actives considérablement la réalisation des objectifs du Pour Développement aux quels l'Algérie s'est engagé

L'Algérie avait pris conscience depuis son indépendance de la problématique que pose le paludisme et s'est engagé pleinement pour lutte contre cette maladie en appliquant un programme (Programme National de lutte contre le paludisme) Les résultats acquis sont très satisfaisants cependant le maintien de la vigilance s'impose.

Cette journée Mondiale contre le paludisme doit être une journée de solidarité mondiale incitant à déployer plus d'efforts pour lutter efficacement contre le paludisme.

Il est attendu de la journée Mondiale contre le paludisme.

- De tirer par des expériences des uns et des autres et de s'entraider.
- D'axer les efforts pour assurer la disponibilité permanence et abordable des moyens de protection et de traitement antipaludiques à toute personne à risque.
- De faire adhérer d'autres bailleurs de fonds.
- De mobiliser les ressources nécessaires pour rendre opérationnelle les actions préventives entreprises.
- De redynamiser les activités de dépistage hématologique, prospection entomologique et de prise en charge.
- De participer aux diverses mondial de lutte contre le paludisme.

A cet effet, je vous demande de prendre toutes les dispositions nécessaires pour la concrétisation des activités envisagées en rapport avec l'occasion telle que :

\* faire un dépistage acier pour un petit échantillon d'habitants.

\* faire une prospection sur terrain des gites potentiels.

\* participer aux activités médiatiques (émissions radio et télévisées, presse écrites).pour expliquer la situation du paludisme en Algérie, les modes de transmission et les mesures préventives.

J'attache une importance particulière à la mise en œuvre et au suivi de cette instruction.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
 REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
 MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

**INSTRUCTION N°00034/MSPRH/SG DU 02 NOV 2010 RELATIVE A L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADES ATTEINTS D'HEPATITES VIRALES CHRONIQUES B ET C**

<b>Destinataires</b>	Madame et Messieurs les Walis Mesdames et Messieurs les Directeurs Centraux du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des organismes sous tutelle Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU (tous) Monsieur le Directeur Général de l'EHU Oran Messieurs les Directeurs des EH (tous)	Pour information Pour information Pour information Pour exécution et suivi Pour exécution Pour exécution Pour exécution
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Objet : Prise en charge des malades atteints d'hépatite virales chroniques B et C  
 P-J : 2

Malgré tous les efforts déployés pour l'amélioration de la prise en charge des malades atteints d'hépatites virales chronique « B » et « C », mon attention reste attirée par des insuffisances de type organisationnelles. Ainsi, certains malades porteurs chroniques de cette maladie ne sont pas encore connus.

A l'effet de remédier à toutes ces carences, je vous demande de prendre toutes les dispositions nécessaires pour permettre la réalisation des actions suivantes :

- 1- Le recensement de l'ensemble des malades relevant de votre wilaya : Leurs identification doit être consignée dans un registre confidentiel, tenu par le Service de la prévention au niveau de la Direction de la santé et de la population de wilaya, en précisant le type d'hépatite et le traitement prescrit ;
- 2- Assurer la prise en charge de tous les malades en ambulatoire, par le service spécialisé de l'établissement hospitalier du lieu de résidence ;
- 3- Permettre une surveillance de l'évolution de la maladie par un suivi médical régulier ;
- 4- Assurer un accompagnement et le soutien psychologique adapté pour les malades ;
- 5- La réalisation des examens complémentaires biologiques de contrôles : Pour éviter les déplacements des malades, les prélèvements biologiques qui déterminent la charge virale de l'hépatite chronique « B » et « C » ainsi que le génotypage pour l'hépatite chronique « C » doivent être effectués au sein des établissements publics hospitaliers du lieu de résidence. Ils seront ensuite acheminés à l'institut Pasteur d'Algérie de Sidi Fredj, accompagnés de la fiche technique et de la fiche de renseignement, ci-joints et d'une prise en charge de l'établissement demandeur ;
- 6- L'administration régulière des traitements antiviraux nécessaires : Une attention particulière doit être accordée à la disponibilité permanente et continue des médicaments antiviraux. Ils doivent être prévus pour une durée d'au moins une année.

Ces états prévisionnels se feront en concertation avec les praticiens spécialistes prescripteurs.

J'attache une importance particulière quant à l'application, la mise en œuvre et le suivi de cette présente instruction.

الامين العام  
 غ. بوشناق خلادي

**Annexe de Sidi Fredj**

Laboratoires des hépatites virales  
Dr BENSALAM

**FICHE TECHNIQUE DES PRELEVEMENTS  
PCR ET CHARGE VIRALE**

**1. PRELEVEMENT DES ECHANTILLONS**

- Le sang doit être prélevé dans des tubes stériles, avec EDTA comme anticoagulant (**ne jamais utilisé les tubes avec héparine**)
- Ne pas conserver le sang total entre 2-25°C plus de 24 heures.
- Le test de PCR doit être effectué sur des échantillons de **PLASMA**.
- Afin de recueillir le **PLASMA**, centrifuger le sang total à 800-1600 x g pendant 20 minutes, à températures ambiantes, dans la journée qui suit le prélèvement.
- Transférer le **PLASMA** dans les tubes stériles.
- Quantité de PLASMA 2 ml minimum.
- Chez les hémodialysés le prélèvement doit se faire avant la séance de dialyse (avant l'injection de l'héparine).

**2. TRANSPORT DES ECHANTILLONS**

- Le transport de sang total ou de plasma doit s'effectuer conformément aux règlements en vigueur (pour le transport des agents infectieux).
- Le sang total **doit être centrifugé dans la journée** qui suit son prélèvement
- Pour les longues distances, le PLASMA doit être transporté entre 2-8°C

**3. CONSERVATION DES ECHANTILLONS**

Les échantillons de plasma peuvent être conservés à une température de 20 à 30°C pendant **3 jours maximum**, entre **2-8°C jusqu'à 7 jours** ou congelés à 20 ou – 80°C pendant au moins 6 semaines.

**Fiche de renseignement Hépatites Virales**

Identification du patient

Nom et prénom :                      sexe :

Date et lieu de naissance :  
Etat civil : marié(e)  célibataire :

Profession :  
Tél / Fax :

Identification de la structure :

Nom du Médecin Adresse : .....Tél :  
Email :

Renseignements cliniques

Stade de la maladie Hépatique : HC asymptomatique  HC active  Cirrhose  CHC

Génotypage :

Charges virales antérieures :                      Oui                       Non

PBH :                      Oui                       Non                       Stade :

Traitement VHB /VHC :                      Oui                       Non

Durée du traitement :

Molécules antivirales :

Echec thérapeutique :                      Oui                       Non

Antécédents Personnels :

Antécédents Familiaux d'hépatite : Oui                       Non

Facteurs de risque :  
facteurs de risque

Autres

Hémodialyse	<input type="checkbox"/>	Soins dentaires réguliers	<input type="checkbox"/>
Transfusions sanguine	<input type="checkbox"/>	Soins dentaires occasionnels	<input type="checkbox"/>
Piercing	<input type="checkbox"/>	ATCD Chirurgicales	<input type="checkbox"/>
Tatouage	<input type="checkbox"/>	Toxicomanie IV	<input type="checkbox"/>
Professionnel de santé	<input type="checkbox"/>	ATCD IST	<input type="checkbox"/>

Alcool	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>
Obésité	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>

**Autres facteurs de risque**

MARQUEURS VIROLOGIQUES		BILAN BIOLOGIQUES	
AgHBs	AgHBs	ALAT	
Ac anti-HBs	Ac anti-HBs	ASAT	
Ac anti-HBc	Ac anti-HBc	Gamma GT	
AgHBe	AgHBe	Phosphatase alcaline	
Ac anti-HBe	Ac anti-HBe	Albumine	
Charge virale VHB	Charge virale VHB	Bilirubine totale	
Ac anti VHD	Ac anti VHD	Alpha foeto-protéine	
Ac anti- VHC	Ac anti- VHC	Créatinine	
Charge virale VHC	Charge virale VHC	Plaquettes	
Ac anti VIH	Ac anti VIH	Taux de prothrombine	
		Fibrinogène	

Si des analyses similaires ont déjà été effectués à l'IPA rappeler **obligatoirement** leurs numéros d'ordre ou bien les joindre à la fiche de renseignement.

Tout prélèvement doit **obligatoirement** être accompagné d'une fiche de renseignement correctement remplie d'un bon de paiement ou d'une prise en charge du service demandeur.

### ***3-Gestion des Ressources Humaines***

Le Président de la République,  
Vu la Constitution notamment ses articles 37,44 111-10,152 et 164 à 182 ;  
Vu la loi n°78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, ensemble les textes pris pour son application ;  
Vu l'ordonnance n°66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique, ensemble les textes pris pour son application ;  
Vu l'ordonnance n°69-27 du 13 mai 1969, modifiée et complétée, portant statut de la magistrature ;  
Vu l'ordonnance n° 69-96 du 6 décembre 1969 portant statut du personnel du culte musulman ;  
Vu l'ordonnance n° 71-7 du 17 février 1971 portant statut du personnel administratif du parti et de ses organisations de masse ;  
Vu l'ordonnance n° 77-10 du 1<sup>er</sup> mars 1977 portant statut des personnels diplomatiques et consulaires ;  
Vu la loi n° 80-05 du 1<sup>er</sup> mars 1980 relative à l'exercice de la fonction de contrôle par la cour des comptes, modifiée et complétée par l'ordonnance n° 81-03 du 26 septembre 1981, ensemble les textes pris pour son application ;  
Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984 relative au service civil ;  
Le conseil des ministres entendu ;

Décrète :

## TITRE I DISPOSITIONS GENERALES

**Article 1<sup>er</sup>.** En application de l'article 2 de loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, le présent décret a pour objet de déterminer le secteur d'activité des institutions et administrations publiques et de fixer les règles statutaires qui sont applicables aux travailleurs exerçant au sein desdites institutions et administrations.

**Article 2.** Le secteur d'activité des institutions et administrations publiques comprend les services de l'Etat et des collectivités locales, ainsi que les établissements publics à caractère administratif en relevant, les services de l'assemblée populaire nationale et de la Cour des comptes.

Relèvent également de ce secteur, les organismes publics soumis aux règles de la comptabilité publique.

**Article 3.** Les dispositions du présent décret s'appliquent également :

- aux personnels administratifs et techniques des institutions, organes et organisations de masse du parti du front de libération nationale, à l'exclusion des élus ; aux magistrats, sous réserve des dispositions législatives particulières relatives à leur nomination, aux mutations à la discipline et au déroulement de leur carrière.

**Article 4.** Les dispositions du présent statut type sont précisées par les statuts particuliers applicables aux travailleurs des institutions et administrations publiques.

Ces statuts particuliers, pris par décret, précisent les dispositions spécifiques applicables à certaines catégories de travailleurs, compte tenu des particularités de fonction ou d'emploi inhérentes à la nature de la mission de l'institution ou de l'administration publique.

**Article 5.** Le travailleur qui, à l'issue de la période d'essai, est confirmé dans son poste de travail, prend l'appellation de fonctionnaire. Il est, vis-à-vis de l'institution ou de l'administration, dans une situation statutaire et réglementaire.

**Article 6.** La situation des personnels temporaires, au sens de l'article 50,2 alinéa de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée recrutés par les institutions et administrations publiques, est régie par la législation et la réglementation en vigueur applicable en ce domaine.

**Article 7.** La nomenclature des postes de travail des institutions et administrations publiques est établie conformément aux dispositions des articles 99 à 123 de la loi n°78-12 du 5 Août 1978 susvisés.

Dans le cadre de l'établissement de la nomenclature visée à l'alinéa précédent et pour répondre aux impératifs d'organisation du travail et de gestion :

Les postes de travail sont regroupés en emplois s'entendent par emplois, au sens du présent décret le regroupement des postes de travail dont les tâches principales sont identiques ;

Les postes de travail identiques ou similaires sont classés au même niveau et ont le même grade ;

Les emplois de même nature d'activité sont érigés en corps, chaque corps pouvant regrouper un ou plusieurs grades.

**Article 8.** L'ensemble des postes de travail, regroupés Le cas échéant, en emplois et en corps prévus à l'article 7 ci-dessus, est fixé par la nomenclature de l'institution ou de l'administration publique concernée et arrêté par le statut particulier.

La nomenclature est complétée et modifiée dans les mêmes formes

**Article 9.** Outre les postes de travail, emplois et corps visés à l'article 7 ci-dessus, il peut être créé au sein des institutions et administrations publiques et des établissements et organisations publics en relevant, des postes supérieurs.

Les nominations à ces postes sont réservées aux fonctionnaires des corps ainsi qu'aux travailleurs qui y sont détachés, remplissant les conditions de qualification requises pour l'accès audits postes.

La nomination à ces postes ne demeure que le temps ou le travailleur concerné est employé audit poste.

Le grade du travailleur occupant un poste supérieur demeure attaché à son poste de travail d'origine

**Article 10.** Les modalités de création et les conditions particulières d'accès aux postes de travail, emplois et corps visés aux articles 7 et 9 ci-dessus sont déterminées :

- par décret pour les postes, emplois et corps communs ;

- par le statut particulier pour les postes, emplois et corps spécifiques à l'institution ou à l'administration concernée.

**Article 11.** Il est institué, au sein des institutions et administrations publiques ainsi que des établissements et organismes publics en relevant, des commissions du personnel. Les commissions du personnel connaissent de toutes les questions d'ordre individuel intéressant les fonctionnaires. Elles comprennent un nombre égal de représentants de l'institution ou de l'administration concernée et de représentants élus du personnel

**Article 12.** Les commissions du personnel peuvent être créées par corps ou groupes de corps par arrêté ou décision, selon le cas de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

**Article 13.** Il est institué, au sein de chaque département ministériel et de chaque wilaya, une commission de recours, présidée par le ministre ou par le Wali, ou leurs représentants respectifs et compétente pour connaître, notamment, décisions disciplinaires suivantes :

- Le licenciement ;

- La rétrogradation

- Le déplacement d'office

Ces commissions de recours peuvent être créées au sein des institutions publiques.

Les commissions de recours peuvent être saisies, dans un délai de quinze (15) jours, soit par l'administration, soit par les intéressés eux-mêmes

**Article 14.** Sous réserve des dispositions législatives relatives à l'exercice du droit syndical, les attributions, La composition, l'organisation et le fonctionnement des commissions du personnel et des commissions de recours prévues aux articles 11,12 et 13 ci-dessus sont précisés par décret.

## TITRE II DES DROITS ET DES OBLIGATIONS



**Article 15 :** Dans le cadre des dispositions du titre I et de l'article 51 de la loi n°78-12 du 5 août 1978 susvisés, certains droits et obligations des travailleurs régis par le présent statut type, sont précisés aux articles 16 à 29 ci-dessous.

**Article 16 :** Dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, les travailleurs ont droit, notamment :

- à une rémunération après service fait,
- à la protection sociale,
- au bénéfice des œuvres sociales,
- aux repos et congés légaux,
- à la formation et au perfectionnement,
- à la promotion catégorielle

**Article 17 :** Les fonctionnaires bénéficient d'une garantie de stabilité et de sécurité dans leur emploi.

**Article 18 :** Les travailleurs exercent le droit syndical dans les conditions prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 19 :** En application des dispositions de l'article 8 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, l'institution ou l'administration publique est tenue de protéger les travailleurs contre les menaces, outrages, injures, diffamations ou attaques de quelque nature que ce soit dont ils peuvent être l'objet à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, et de réparer, éventuellement, le préjudice qui en résulte.

L'institution ou l'administration publique est, dans ces conditions subrogée aux droits de la victime pour obtenir, des auteurs des menaces ou attaques, la restitution des sommes versées au travailleur. Elle dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe qu'elle peut exercer, au besoin, par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale.

**Article 20 :** Tout manquement à ses obligations professionnelles, toute atteinte caractérisée à la discipline, toute faute commise par un travailleur dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, expose le travailleur à une sanction disciplinaire sans préjudice, le cas échéant, de l'application de la loi pénale

Lorsqu'un travailleur a été poursuivi par un tiers pour faute de service, l'institution ou l'administration publique dont il dépend doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce travailleur, le couvrir des condamnations civiles portées contre lui.

**Article 21 :** Les travailleurs sont tenus à une obligation d'engagement au service du Parti et de l'Etat, ils doivent apporter, avec compétence et efficacité leur concours aux actions entreprises par la direction politique, respecter et faire respecter l'autorité de l'Etat, sauvegarder les intérêts de la Nation et défendre les acquis de la révolution.

**Article 22 :** Les travailleurs doivent s'abstenir de tous actes même en dehors du service, incompatibles avec la dignité attachée à leurs fonctions.

**Article 23 :** Conformément aux dispositions de l'article 37 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, les travailleurs sont tenus par l'obligation du secret professionnel.

Ils ne doivent divulguer, ni laisser connaître, en dehors des nécessités de service, aucun document, fait ou information, qu'ils détiennent ou connaissent à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Toute dissimulation ou destruction, tout détournement. Toute communication de dossiers, pièces ou documents de service à des tiers, sont interdits.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, tout travailleur ne peut être délié du secret professionnel, ni être relevé de l'interdiction édictée par le présent article, qu'avec l'agrément écrit de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

**Article 24 :** Par application des dispositions de l'article 41 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée. Il est interdit, à tout travailleur, d'exercer une activité privée lucrative.

Cette interdiction ne s'applique pas à la production d'œuvres scientifiques, littéraire ou artistique.

Toutefois, l'autorité investie du pouvoir de nomination peut, si l'intérêt du service l'exige, interdire au fonctionnaire de faire suivre son nom, sur lesdites œuvres, de la mention de son grade ou de sa fonction.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1<sup>er</sup> du présent article, les fonctionnaires peuvent assurer des tâches d'enseignement ou de formation dans des conditions déterminées par décret.

**Article 25 :** Outre les tâches visées à l'article précédent, le fonctionnaire justifiant d'un niveau de qualification requis, leur permettant de réaliser des travaux d'études ou de recherches au profit des institutions et administrations publiques, peuvent être appelés à effectuer lesdits travaux en qualité de consultant.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

**Article 26 :** Par application des dispositions des articles 39, 40 et 41 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, il est interdit à tout travailleur, quel que soit son rang dans la hiérarchie, d'avoir, à l'intérieur ou hors du territoire national, directement ou par personne interposée, sous quelque dénomination que ce soit, des intérêts ou des biens dans toute société ou exploitation industrielle, commerciale ou agricole.

Lorsque le conjoint d'un travailleur exerce à titre professionnel, une activité privée lucrative, ou détient, à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire national des intérêts financiers, industriels ou commerciaux, déclaration doit en être faite pour permettre, à l'autorité compétente, de prendre, s'il y a lieu, les mesures propres à sauvegarder les intérêts du service. Le défaut de déclaration prévue par les articles 39 et 40 de la loi n°78-12 du 5 août 1978 susvisée, constitue une faute grave susceptible d'entraîner une sanction du troisième degré.

**Article 27 :** Tout travailleur nouvellement recruté est tenu de rejoindre son poste d'affectation.

Dans le respect des dispositions de l'article 49 de la loi n° 78 - 12 du 5 août 1978 susvisée, tout fonctionnaire, qui a fait l'objet d'une mesure de mutation, est tenu de son poste d'affectation.

L'inexécution d'une décision de mutation ou d'affectation constitue une faute grave susceptible d'entraîner licenciement.

**Article 28 :** Est interdite, l'affectation d'un travailleur à un poste qui le placerait en relation hiérarchique directe avec son conjoint ou parent jusqu'au deuxième degré.

Des dérogations peuvent, toutefois, être accordées par l'autorité ayant pouvoir d'affectation, lorsque les contraintes et nécessités de service l'exigent.

Dans le cas où l'autorité ayant pouvoir d'affectation, est elle-même concernée, la dérogation est accordée par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

**Article 29 :** Les statuts particuliers précisent, en tant de besoin, les droits et obligations spécifiques à certains corps de fonctionnaires.

Les règles relatives à l'organisation technique du travailleur à la discipline générale, aux normes d'hygiène et de sécurité, aux manquements professionnels, ainsi que les sanctions correspondantes, sont précisées, en tant que de besoin, par règlement intérieur établi conformément à la réglementation en vigueur.

### TITRE III DE LA RELATION DE TRAVAIL

**Article 30 :** Les modalités de mise en œuvre des conditions générales d'accès aux postes de travail dans les institutions et administrations publiques sont précisées par le présent statut type.

## CHAPITRE I Du recrutement

**Article 31 :** Nul ne peut être recruté dans une institution ou une administration publique :

- 1- s'il ne possède la nationalité algérienne ;
- 2- s'il ne jouit de ses droits civiques et s'il n'est de bonne moralité ;
- 3- s'il ne justifie d'un niveau de qualification exigé par le poste de travail ;
- 4- s'il ne remplit les conditions d'âge et d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction ;
- 5- s'il ne justifie de sa situation vis-à-vis du service national.

Les statuts particuliers prévoient, le cas échéant des conditions d'ancienneté dans l'acquisition formation de la nationalité algérienne, pour l'accès à certains corps de fonctionnaires

**Article 32 :** En application des dispositions de l'article 45 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, tout recrutement, n'ayant pas pour objet de pourvoir régulièrement, une vacance d'emploi, est interdit.

Sans préjudice des dispositions de la loi n° 82-06 du 27 février 1982 relative aux relations individuelles de travail, notamment en son article 81, toute violation des dispositions de l'alinéa précédent constitue pour le gestionnaire, une faute professionnelle grave.

**Article 33 :** Tout recrutement de candidats ne remplissant pas les conditions exigées par les statuts particuliers est interdit.

Cependant des dérogations exceptionnelles peuvent être accordées, dans le cadre des dispositions de l'article 59 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, afin de pouvoir, pour des raisons impératives de service, à un poste vacant, et ce lorsque les procédures normales ont été épuisées .

Les modalités d'application de l'alinéa précédent sont précisées par décret.

La durée d'occupation maximale du poste ne peut excéder une année, renouvelable une fois.

La désignation est prise, sous forme de décision par l'autorité investie du pouvoir de nomination

Pendant la durée d'occupation du poste, le fonctionnaire perçoit le salaire de base de la catégorie dudit poste auquel s'ajoute, le cas échéant, les primes et indemnités y afférentes, ainsi que la majoration indiciaire de son poste d'origine.

A l'issue de la période maximale prévue à l'alinéa 4 ci-dessus le fonctionnaire est soit confirmé dans les conditions fixées par le décret prévu à l'alinéa 3 ci-dessus soit réaffecté à son poste d'origine ou à un poste équivalent.

**Article 34 :** Le recrutement a lieu selon l'une ou plusieurs des modalités ci-après :

- 1- concours sur épreuves
- 2- concours sur titres ;
- 3- examens ou tests professionnels ;
- 4- au choix par voie d'inscription sur une liste d'aptitude après avis de la commission du personnel, parmi les fonctionnaires justifiant d'une expérience professionnelle suffisante ;
- 5- par voie de recrutement direct, dans les conditions ci-après ;
  - a) parmi les candidats issus des établissements de formation spécialisée relevant des institutions ou administrations publiques concernées ;
  - b) –parmi les candidats issus d'établissements de formation spécialisée autres que ceux visés au à ci-dessus.
  - c) à titre exceptionnel, parmi les candidats remplissant les conditions de qualification fixées pour l'accès aux postes de travail, et ceci soit pour la constitution d'un nouveau corps soit pour répondre à des besoins exceptionnels ou particuliers à certains corps dont la liste est fixée, selon le cas, par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique, ou par arrêté conjoint ou décision conjointe de ladite autorité et de l'autorité ou de l'instance centrale investie du pouvoir de nomination.

La modalité de recrutement prévue au 5° c) ci-dessus ne peut, en aucun cas, constituer l'unique voie de recrutement.

**Article 35 :** Les statuts particuliers fixent pour chaque corps les propositions des travailleurs devant être recrutés dans le cadre de l'une ou l'autre des modalités prévues à l'article 34 ci-dessus , ainsi que la liste des établissements de formation spécialisée visés au 5° a) et b) dudit article.

**Article 36 :** Les modalités d'organisation des concours et examens professionnels, visés à l'article 34 ci-dessus, ci-dessus, sont déterminées par décret.

**Article 37 :** Le pouvoir de nomination appartient à l'autorité désignée par la constitution, les lois et règlements en vigueur, et particulièrement pour les établissements et organismes publics, par leur statut.

**Article 38 :** Tout candidat doit, préalablement à son recrutement, déposer un dossier comprenant :

- Une demande manuscrite, accompagnée, s'il y a lieu, d'un curriculum vitae et d'attestations de travail ;
- une copie certifiée conforme de ses titres et diplômes ;
- un extrait du registre des actes de naissance ;
- un certificat de nationalité ;
- un extrait du casier judiciaire ;

un certificat médical attestant que l'intéressé est indemne de toute affection incompatible avec l'exercice de ses fonctions.

Avant acceptation de la candidature, l'institution ou l'administration publique est tenue de faire procéder à une enquête administrative, pour l'accès à certains postes ou corps énumérés dans les statuts particuliers.

**Article 39 :** Les candidats ayant satisfait aux obligations visées aux articles 31 et 38 ci-dessus, sont recrutés en qualité de stagiaire.

Le document d'engagement prévu à l'article 56 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, est pris sous La forme d'une décision de recrutement cette décision de recrutement précise ;

- le poste de travail
- le grade, la catégorie et la section de classification dudit poste ;
- la rémunération
- le service d'affectation.

Les décisions de recrutement sont soumises au visa des organes de contrôle réglementaire, lesquels doivent se prononcer dans les dix (10) jours qui suivent la date de dépôt du dossier administratif par les services gestionnaires, auprès desdits organes

## Chapitre II De la période d'essai

**Article 40 :** Les stagiaires sont soumis à une période d'essai dont la durée est fixée, conformément aux lois et règlements en vigueur, par les statuts particuliers.

Pour effectuer la période d'essai prévue à l'alinéa précédent, les stagiaires, ayant déjà la qualité de fonctionnaire, sont détachés, de droit, de leurs corps et grade d'origine.

**Article 41 :** A l'issue de la période d'essai, renouvelée le cas échéant, les stagiaires sont, soit confirmés à leur poste de travail, soit rétrogradés, soit licenciés après un préavis de quinze (15) jours.

**Article 42 :** Les stagiaires sont assujettis aux obligations imposées aux fonctionnaires et bénéficient des mêmes droits, sous réserve des dispositions du présent statut type.

**Article 43 :** Les stagiaires ne peuvent être placés en position de détachement ou de disponibilité.

**Article 44 :** Les stagiaires ne sont pas éligibles aux commissions du personnel, mais participent aux élections des représentants du corps dans lequel ils ont vocation à confirmation.

**Article 45 :** Les questions concernant la situation d'un stagiaire sont portées devant la commission du personnel compétente à l'égard du corps auquel il a vocation à appartenir.

**Article 46 :** Sous réserve des dispositions prévues par la loi n° 84-10 du 11 février 1984 relative au service civil, les stagiaires, issus d'un établissement de formation spécialisée préparant à des corps de fonctionnaires sont tenus de demeurer au service de l'institution ou de L'administration publique pendant une durée égale à celle de l'engagement souscrit lors de l'admission à l'établissement. Le non respect de cet engagement entraîne, pour Les intéressés, l'obligation de reverser l'intégralité du salaire ou du présalaire qu'ils ont reçu pendant la durée de leur scolarité, majoré des frais d'études selon les modalités fixées par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 47 :** Le licenciement d'un stagiaire ne donne droit à aucune indemnité.

### **Chapitre III**

#### **De la confirmation**

**Article 48 :** La confirmation, prévue à l'article 58 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisés, est subordonnée à l'inscription, à l'issue de la période d'essai sur une liste d'aptitude à l'emploi, arrêtée par un jury au vu, soit d'un rapport du chef hiérarchique, soit du résultat d'épreuves ou de tests professionnels, soit sur la base de ces deux éléments.

La composition des jurys et les modes de confirmation sont fixés par les statuts particuliers. Les jurys comportent un nombre égal de représentants élus du personnel et de représentants de l'institution ou de l'administration publique concernée.

**Article 49 :** Au cas où le jury émet un avis favorable, la confirmation de l'intéressé est prononcée, selon le cas, par arrêté ou décision de l'autorité ou de l'instance investie du pouvoir de nomination.

L'arrêté ou la décision portant confirmation, est soumise au visa des organes de contrôle réglementaire lesquels doivent se prononcer dans les quinze (15) jours qui suivent la date de dépôt du dossier, par les services gestionnaires, auprès desdits organes.

**Article 50 :** Le service gestionnaire est tenu d'ouvrir, pour chaque fonctionnaire, un dossier individuel qui doit contenir toutes les pièces intéressant la situation administrative de l'intéressé ; celles-ci doivent être enregistrées, numérotées et classées.

Les décisions de sanctions disciplinaires sont également versées au dossier de l'intéressé. Elles peuvent en être retirées dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur et le présent statut type.

**Article 51 :** Les décisions portant confirmation, promotion, mouvement et cessation de fonctions des fonctionnaires font l'objet d'une publication dans des conditions qui sont déterminées par les statuts particuliers ; elles sont dans tous les cas, notifiées aux intéressés.

### **TITRE IV**

#### **DE LA FORMATION ET DE LA PROMOTION**

##### **Chapitre I**

##### **De la formation, du perfectionnement et du recyclage**

**Article 52 :** En application de l'article 172 de la loi n°78-12 du 5 août 1978 susvisée et en vue d'assurer l'amélioration des rendements des services publics et la promotion interne des fonctionnaires, les institutions et administrations publiques sont tenus :

d'assurer des actions de formation perfectionnement et recyclage pour une amélioration constante de la qualification de leur travailleurs, et ce, en harmonie avec les exigences du développement ;

de garantir de promotion des travailleurs selon leurs aptitudes et les efforts fournis ;

de réaliser ou de participer à la réalisation des actions destinées à garantir l'adaptation des candidats à un emploi public.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées par décret.

**Article 53 :** Les membres de l'A.L.N ou de l'O.C.F.L.N ainsi que les veuves et enfants de chohada, bénéficient d'une priorité d'admission aux cycles de formation, de perfectionnement et de recyclage prévus à l'article précédent.

##### **Chapitre II**

##### **De la promotion**

**Article 54 :** En application de l'article 117 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, la promotion consiste en l'accès à un poste de travail hiérarchiquement supérieur.

Elle se traduit soit par un changement de grade dans le même corps, soit par un changement de corps.

La promotion est effectuée selon les règles générales du présent statut type et des modalités précisées par les statuts particuliers.

**Article 55 :** La promotion s'effectue selon les modalités suivantes ;

- par concours ou examens professionnels organisés le cas échéant, à la suite d'un stage de formation ou de perfectionnement ;

- au choix, par voie d'inscription sur un tableau annuel d'avancement établi, après avis de la commission du personnel, parmi les fonctionnaires remplissant certaines conditions d'ancienneté et justifiant d'une expérience professionnelle suffisante ;

- sur titre parmi les fonctionnaires qui ont obtenu les titres et diplômes requis, dans la limite des emplois vacants correspondant à leur qualification nouvelle.

**Article 56 :** Les fonctionnaires justifiant de titres et diplômes permettant l'accès à un corps supérieur dans leur filière professionnelle, ont vocation à bénéficier en priorité, des mesures instituées à l'article précédent.

**Article 57 :** Lorsqu'un fonctionnaire justifié d'une qualification particulière. Il peut bénéficier d'une promotion exceptionnelle.

La qualification est appréciée au vu du dossier de l'intéressé, sur rapport du service gestionnaire, la commission du personnel dûment consultée.

En tout état de cause, les nominations intervenues compte tenu de la qualification, ne peuvent dépasser 5% de l'effectif des postes à pouvoir.

Les statuts particuliers précisent les grades et corps auxquels peuvent s'appliquer ces promotions.

**Article 58 :** L'ancienneté prévue par les statuts particuliers, pour l'accès au corps supérieur, par voie d'examen professionnel ou par voie de promotion interne après inscription sur la liste d'aptitude, peut être réduite d'une année par année de formation générale ou spécialisée en rapport avec la filière professionnelle, et d'une année par semestre d'études supérieures au baccalauréat.

Cette réduction d'ancienneté est appréciée à partir du niveau de formation exigée par le statut particulier applicable au corps d'origine.

**Article 59 :** Le fonctionnaire en exercice dans certaines zones du territoire national, bénéficie, dans les conditions et formes prévues par la réglementation en vigueur, d'une réduction d'ancienneté pour l'accès au poste supérieur.

**Article 60 :** Les membres de l'A.L.N ou de l'O.C.F.L.N tels que définis par la réglementation en vigueur, ainsi que les veuves de chohada, bénéficient d'une réduction d'un tiers de l'ancienneté exigée pour l'accès par voie d'examen professionnel au corps supérieur.

### **TITRE V**

#### **DE LA CLASSIFICATION ET DE LA REMUNERATION**

##### **Chapitre I**

##### **De la classification**

**Article 61 :** En vue d'assurer la mise en œuvre de l'article 104 de la loi n° 78-12 du 5 Août 1978 susvisée, il est institué, auprès de l'autorité chargée de la fonction publique, une commission de classification.

**Article 62 :** La commission de classification des postes de travail, emplois et corps du secteur des institutions et administrations publiques dénommée « la commission de classification » est présidée par l'autorité chargée de la fonction publique et comprend un représentant ;

- du parti du front de libération nationale,

- du ministre chargé des finances,

- du ministre chargé de la planification,
- du ministre chargé du travail,
- du secrétaire général de L'U.G.T.A,
- de l'institution ou du ministre concerné.

La commission de classification peut faire appel à toute personne qu'elle juge utile d'entendre dans les conditions définies par son règlement intérieur, lequel est approuvé par l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 63 :** Il peut être institué par l'autorité concernée auprès des institutions publiques et des départements ministériels, une ou plusieurs commissions de classification particulières compétentes pour les postes de travail spécifiques à ces institutions et ministères ou aux organes, services et établissements publics en relevant.

**Article 64 :** La commission de classification des postes de travail, emplois et corps des institutions et administrations publiques visée à l'article 62 ci-dessus est chargée, conformément à la réglementation en vigueur ;

1) de mener les travaux de description des tâches inhérentes aux postes de travail, emploi et corps communs aux institutions et administrations publiques ainsi qu'aux organes, services et établissements publics en relevant de leur cotation et de leur classification, suivant les règles fixées par la méthode nationale de classification et conformément à l'échelle nationale de référence des postes types ;

2) d'animer et de coordonner les travaux des commissions compétentes à l'égard des postes de travail emploi et corps spécifiques aux institutions et ministères ainsi qu'aux organes, services et établissements publics en relevant ;

3) de vérifier et de faire réexaminer, en cas de besoin, les classifications proposées par les commissions particulières, de les approuver et de les soumettre, pour homologation aux fins d'harmonisation intersectorielle ; à l'organe central compétent.

**Article 65 :** Pour toute proposition de création de postes de travail, emplois et corps non classés. L'institution ou l'administration publique concernée doit adresser à la commission de classification, un rapport motivé, accompagné de tout document devant permettre de saisir l'opportunité de la création et de la classification proposée.

**Article 66 :** Nonobstant les dispositions des articles 61 et 62 ci-dessus, et dans le cadre de la mise en œuvre de la méthode nationale de classification, les procédures de classification et d'approbation des postes de travail spécifiques aux corps des magistrats et aux corps de sécurité sont fixées par arrêté du premier ministre.

**Article 67 :** Dans le cadre du statut particulier qui lui est applicable, chaque institution ou administration publique établit la nomenclature des postes de travail, emplois et corps qui lui sont spécifiques.

Cette nomenclature détermine, notamment :

- l'intitulé du poste de travail, l'emploi de regroupement le cas échéant, et le corps d'accueil ;
- la définition précise des tâches y afférentes ;
- les conditions pour y accéder ;
- la catégorie et la section de classement du poste ou de l'emploi ;
- la liste des postes de travail spécifiques.

## Chapitre II

### De la rémunération

**Article 68 :** Les rémunérations principales des travailleurs régis par le présent statut type, sont fixées conformément aux vingt (20) catégories prévues par la réglementation en vigueur. Les catégories une (1) à neuf (9) comportent trois (3) sections ; les catégories dix (10) à treize (13) comportent quatre (4) sections, les catégories quatorze (14) à vingt (20) comportent cinq (5) sections.

Chaque section comporte un indice médian et dix (10) échelons indiciaires correspondant à l'avancement sanctionnant l'ancienneté. Les indices médians, les catégories, les sections et les échelons indiciaires sont fixés conformément au tableau ci-après ;

T A B L E A U

Catégories	Sections	Indices médians	ECHELONS INDICIAIRES									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	102	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51
	2	106	6	12	18	23	28	33	38	43	48	53
	3	110	6	12	18	24	30	35	40	45	50	55
2	1	114	6	12	18	24	30	36	42	47	52	57
	2	118	6	12	18	24	30	36	42	48	54	59
	3	122	7	13	19	25	31	37	43	49	55	61
3	1	126	7	14	21	27	33	39	45	51	57	63
	2	130	7	14	21	28	35	41	47	53	59	65
	3	134	7	14	21	28	35	42	49	55	61	67
4	1	139	7	14	21	28	35	42	49	56	63	70
	2	144	8	16	23	30	37	44	51	58	65	72
	3	149	8	16	24	32	40	47	54	61	68	75
5	1	154	8	16	24	32	40	48	56	63	70	77
	2	160	8	16	24	32	40	48	56	64	72	80
	3	166	9	18	27	35	43	51	59	67	75	83
6	1	172	9	18	27	36	45	54	62	70	78	86
	2	179	9	18	27	36	45	54	63	72	81	89
	3	185	10	20	30	39	48	57	66	75	84	93
7	1	192	10	20	30	40	50	60	69	78	87	96
	2	199	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	3	205	11	22	33	43	53	63	73	83	93	103
8	1	213	11	22	33	44	55	66	77	87	97	107
	2	221	12	23	34	45	56	67	78	89	100	111
	3	228	12	24	36	48	59	70	81	92	103	114
9	1	236	12	24	36	48	60	72	84	96	107	118
	2	245	13	26	39	51	63	75	87	99	111	123
	3	253	13	26	39	62	65	78	91	103	115	127

TABLEAU  
« Suite »

Catégories	Sections	Indices médians	ECHELONS INDICIAIRES									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	1	260	13	26	39	52	65	78	91	104	117	130
	2	267	14	28	42	56	69	82	95	108	121	134
	3	274	14	28	42	56	70	84	98	111	124	137
	4	281	15	29	43	57	71	85	99	113	127	141
11	1	288	15	30	45	60	74	88	102	116	130	144
	2	296	15	30	45	60	75	90	105	120	134	148
	3	304	16	32	47	62	77	92	107	122	137	152
	4	312	16	32	48	64	80	96	111	126	141	156
12	1	320	16	32	48	64	80	96	112	128	144	160
	2	328	17	34	51	68	84	100	116	132	148	164
	3	336	17	34	51	68	85	102	119	136	152	163
	4	345	18	36	54	71	88	105	122	139	156	173
13	1	354	18	36	54	72	90	108	126	143	160	177
	2	364	19	38	56	74	92	110	128	146	164	182
	3	373	19	38	57	76	95	114	133	151	169	187
	4	383	20	40	59	78	97	116	135	154	173	192
14	1	392	20	40	60	80	100	120	139	158	177	196
	2	400	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200
	3	408	21	42	63	84	104	124	144	164	184	204
	4	416	21	42	63	84	105	126	147	168	188	208
	5	424	22	44	65	86	107	128	149	170	191	212
15	1	434	22	44	66	88	110	132	154	175	196	217
	2	443	23	46	68	90	112	134	156	178	200	222
	3	452	23	46	69	92	115	138	160	182	204	226
	4	462	24	47	70	93	116	139	162	185	208	231
	5	472	24	48	72	96	120	144	167	190	213	230

TABLEAU  
« Suite »

Catégories	Sections	Indices médians	ECHELONS INDICIAIRES									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	1	482	25	49	73	97	121	145	169	193	217	241
	2	492	25	50	75	100	125	150	174	198	222	246
	3	502	26	51	76	101	126	151	176	201	226	251
	4	512	26	52	78	104	130	156	181	206	231	256
	5	522	27	53	79	105	131	157	188	209	235	261
17	1	534	27	54	81	108	135	162	189	215	241	266
	2	545	28	56	84	111	138	165	192	219	246	273
	3	556	28	56	84	112	140	168	196	224	251	278
	4	569	29	58	87	116	145	173	201	229	257	285
	5	581	30	59	88	117	146	175	204	233	262	291
18	1	503	30	60	90	120	150	180	210	239	268	297
	2	606	31	62	93	123	153	183	213	243	273	303
	3	619	31	62	93	124	155	186	217	248	270	310
	4	632	32	64	96	128	160	192	223	254	285	316
	5	645	33	66	99	131	163	195	227	259	291	323
19	1	658	33	66	99	132	165	198	231	264	297	329
	2	672	34	68	102	136	170	204	237	270	303	336
	3	686	35	70	105	139	173	207	241	275	309	343
	4	700	35	70	105	140	175	210	245	280	315	350
	5	714	36	72	108	144	180	216	252	287	322	357
20	1	730	37	74	111	148	185	221	257	293	329	366
	2	746	38	76	114	151	188	225	262	299	336	373
	3	762	39	77	115	153	191	229	267	305	343	381
	4	778	39	78	117	156	195	234	273	312	351	389
	5	794	40	80	120	160	200	240	280	319	358	397

**Article 69 :** Les statuts particuliers fixent le classement des postes de travail, emploi et corps dans l'une des catégories et sections instituées à l'article précédent.

**Article 70 :** Le fonctionnaire bénéficie d'une rémunération principale attachée au poste de travail occupé, conformément aux dispositions de l'article 68 ci-dessus, ainsi que des primes et indemnités prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

### Chapitre III De l'indemnité d'expérience et de l'avancement



**Article 71 :** Par application des dispositions des articles 160 et 161 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, l'indemnité d'expérience, dont bénéficie le fonctionnaire qui n'a pas changé de grade dans les trois ans qui suivent son recrutement, sanctionne une ancienneté valorisée conformément aux dispositions des articles 72 à 85 ci-dessous.

**Article 72 :** Le mode de valorisation de l'ancienneté au sein du secteur des institutions et administrations publiques, se traduit par un avancement d'échelon.

L'échelon correspondant au montant de l'indemnité d'expérience, pour une période d'exercice dans la catégorie et la section de classement du poste, de l'emploi ou du corps.

**Article 73 :** L'indemnité d'expérience se traduit par une majoration indiciaire qui est fonction du rythme d'avancement, tel que prévu aux articles 75 et 76 ci-dessous.

**Article 74 :** Le taux maximal de l'indemnité d'expérience est réparti, pour chaque catégorie et section, en dix (10) échelon pour une période d'ancienneté allant de 25 ans à 35 ans.

**Article 75 :** L'ancienneté exigée dans chaque échelon pour l'avancement à échelon immédiatement supérieur, est fixée, au plus, selon trois durées d'avancement aux proportions respectives de 4, 4 et 2 fonctionnaires sur 10, conformément au tableau de référence ci-dessous l'avancement à lieu lorsque le fonctionnaire réunit, l'année considérée, l'ancienneté requise.

TABLEAU

Avancement	Durée Minimale	Durée moyenne	Durée maximale
De l'accès au poste au 1 <sup>er</sup> échelon	3	3	3 ans
Du 1 <sup>er</sup> échelon au 2 <sup>ème</sup> échelon	2	3	3 ans 6 mois
Du 2 <sup>ème</sup> échelon au 3 <sup>ème</sup> échelon	2	3	3 ans 6 mois
Du 4 <sup>ème</sup> échelon au 5 <sup>ème</sup> échelon	2	3	3 ans 6 mois

TABLEAU « Suite »

Avancement	Durée Minimale	Durée moyenne	Durée maximale
Du 4 <sup>ème</sup> au 5 <sup>ème</sup> échelon	2	3	3 ans
Du 5 <sup>ème</sup> échelon au 6 <sup>ème</sup> échelon	2	3	3 ans 6 mois
Du 6 <sup>ème</sup> échelon au 7 <sup>ème</sup> échelon	3	3	3 ans 6 mois
Du 7 <sup>ème</sup> échelon au 8 <sup>ème</sup> échelon	3	3	3 ans 6 mois
Du 8 <sup>ème</sup> échelon au 9 <sup>ème</sup> échelon	3	3	3 ans 6 mois
Du 9 <sup>ème</sup> échelon au 10 <sup>ème</sup> échelon	3	3	4 ans

**Article 76 :** Les statuts particuliers déterminent les rythmes d'avancement selon, au moins, deux des trois durées prévues par le tableau de référence ci-dessus.

Lorsqu'il n'est retenu que deux rythmes d'avancement, les proportions sont fixées, respectivement, à 6 et 4 sur 10 fonctionnaires. Pour ces avancements, les fonctionnaires intéressés font l'objet en fonction des notes et appréciations de l'autorité ayant pouvoir de notation, d'un classement en deux ou trois groupes correspondant aux deux ou trois proportions fixées à l'alinéa précédent et à l'article 75 ci-dessus.

**Article 77 :** L'avancement d'échelon à échelon est de droit à la durée maximale, sous réserve des dispositions de l'article 124 ci-dessus.

**Article 78 :** Le fonctionnaire, nommé à un poste supérieur à ce lui précédemment occupé, bénéficie du salaire afférent à l'indice correspondant à la catégorie et à la section du nouveau poste de promotion. Il bénéficie, en outre, du montant de la majoration indiciaire acquise au titre de l'ancienneté dans son poste d'origine.

Le fonctionnaire promu est classé à l'échelon correspondant à l'indice immédiatement supérieur dans les nouvelles catégories et section, par rapport à la majoration indiciaire acquise dans son poste d'origine.

Le montant de la majoration indiciaire détermine l'échelon dans les nouvelles catégories et section.

**Article 79 :** Le fonctionnaire visé à l'article précédent conserve, une fois l'avancement effectué dans sa catégorie et sa section de classement d'origine, le reliquat d'ancienneté dans l'échelon qu'il avait acquis.

Le reliquat d'ancienneté dans l'échelon est pris en compte pour l'avancement, dans les nouvelles catégories et sections

**Article 80 :** Le fonctionnaire, recruté par application des dispositions statutaires applicables aux postes de travail emplois et corps, au titre du présent décret et ayant précédemment exercé au sein des organismes employeurs non soumis au présent statut type, bénéficie, en application des dispositions des articles 60 et 160 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, après confirmation dans son poste d'accueil, d'une prise en charge de l'expérience acquise dans son secteur ou filière.

Cette prise en charge s'apprécie dans les mêmes conditions de qualification que celle prévues pour les fonctionnaires et conformément au taux fixé par la réglementation en vigueur, selon le mode de valorisation prévu à l'article 72 ci-dessus.

**Article 81 :** Dans le cas où, par application des articles 72 et 78 ci-dessus, les mesures d'avancement et de promotion prennent effet à une date comprise entre le 1<sup>er</sup> et le 15 inclus du mois, la date d'effet de ces mesures est fixée au 1<sup>er</sup> du mois ; dans les autres cas, la date d'effet de ces mesures est reportée au 1<sup>er</sup> du mois suivant.

**Article 82 :** Le fonctionnaire exerçant une fonction supérieure du parti et de l'Etat, ainsi que le fonctionnaire occupant un poste supérieur, bénéficient d'un avancement de droit à la durée minimale, hors les proportions prévues à l'article 75 ci-dessus.

**Article 83 :** En sus de la condition d'ancienneté l'avancement du fonctionnaire est conditionné par la moyenne des notes annuelles qui lui ont été attribuées pendant la période considérée, complétée par une appréciation générale de l'autorité ayant pouvoir de notation.

**Article 84 :** La note annuelle varie de 0 à 10, sa détermination doit tenir compte des aptitudes du fonctionnaire, de ses connaissances et performances professionnelles de sa manière de servir et de son comportement dans le service.

**Article 85 :** La note est attribuée par l'autorité investie du pouvoir de nomination, sur proposition du supérieur hiérarchique la fiche de notation est communiquée au fonctionnaire qui doit la signer et peut y porter toute observation qu'il juge nécessaire.

Une fois la fiche de notation signée par le fonctionnaire elle est complétée, par l'autorité ayant pouvoir de gestion, par une appréciation générale.

Les conditions d'application des articles 83 et 84 ci-dessus ainsi que du présent article sont fixées par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

## Titre VI DES POSITIONS ET MOUVEMENTS

**Article 86 :** Dans le cadre des lois règlements en vigueur tout travailleur est placé dans l'une des positions suivantes :

- l'activité
- le détachement
- la disponibilité
- le service national

## Chapitre I De l'activité

**Article 87 :** Le travailleur en position d'activité est celui qui exerce effectivement, les fonctions correspondant à son poste de travail d'affectation.

**Article 88 :** Dans le cadre des dispositions des articles 5 et 7 de la loi n° 81-03 du 23 février 1981 fixant la durée légale du travail, les statuts particuliers déterminent les postes de travail particulièrement pénibles, insalubres, dangereux ou comportant des contraintes spécifiques, et dont les titulaires peuvent bénéficier soit d'une réduction, soit d'un aménagement des horaires.

**Article 89 :** Dans le cadre des dispositions des articles 51 et 72 à 87 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, de la loi n° 81-08 du 27 juin 1981 relative aux congés annuels, et des articles 30 à 47 du décret n° 82-302 du 11 septembre 1982 relatif aux modalités d'application des dispositions législatives concernant les relations individuelle de travail, le travailleur, en activité à droit aux absences et congés légaux et aux absences spéciales payées suivantes :

- 1- dans la limite de dix (10) jours ouvrables par an, pour les travailleurs justifiant de motifs graves ou exceptionnels ;
- 2- dans la limite de vingt (20) jours calendaires par année de services accomplis, aux travailleurs :
  - a) exerçant dans les wilayas du sud et ce, conformément à la réglementation en vigueur ;
  - b) occupés à des activités présentant un taux élevé de pénibilité intellectuelle, physique nerveuse, de danger ou d'insalubrité grave et ce, conformément à l'article 7 de la loi n° 81-08 du 27 juin 1981 relative aux congés annuels ;
  - c) exerçant à l'étranger dans certaines zones les modalités d'application du paragraphe 2 ci-dessus sont précisées par voie de décret.

**Article 90 :** Les modalités de l'octroi de l'absence spéciale payée aux athlètes, telle que prévue à l'article 78, 2ème titre, de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, sont déterminées par arrêté conjoint de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre chargés des sports.

**Article 91 :** Pour les absences spéciales payées prévues par la réglementation en vigueur, les demandes d'absences doivent, sauf cas de force majeure, être introduites par l'intéressé au moins 48 heures à l'avance.

Les pièces justificatives doivent être versées auprès du service gestionnaire, dans un délai de huit (8) jours.

Les délais de route accordés en fonction des conditions de transport et de la durée du voyage aller-retour, dûment justifiées, et ce, dans la limite de deux (2) jours calendaires.

**Article 92 :** Pour toute absence injustifiée, une retenue de salaire est effectuée.

Pour toute absence injustifiée de plus de quarante huit heures (48), une mise en demeure de rejoindre son poste est adressée à l'intéressé, avec accusé de réception.

Si, dans un délai de quarante huit après la réception de la lettre de mise en demeure aucune suite n'est donnée, la commission du personnel est saisie

**Article 93 :** Tout travailleur en période d'essai peut, en cas de force majeure, bénéficier d'absences spéciales non rémunérées dans la limite de trois (3) mois, lorsque les nécessités de service le permettent.

Dans ce cas, la période d'essai est prolongée d'une durée équivalente.

## Chapitre II Du détachement

### Section 1

#### Du détachement des fonctionnaires

**Article 94 :** Le détachement tel que prévu aux articles 63 et 64 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, aux articles 37 à 50 de la loi n° 82-06 du 27 février 1982 relative aux relations individuelles de travail, et aux règlements pris pour leur application, s'effectue pour les fonctionnaires :

- 1- de droit les cas et conditions prévus par la législation et la réglementation en vigueur ;
- 2- de l'institution ou de l'administration publique concernée vers d'autres secteurs publics d'activité dans la proportion de 5 % de l'effectif réel du corps.
- 3- au sein du secteur d'activité régi par le présent statut type, dans la proportion de 10% de l'effectif du corps concerné, et ce, dans les cas suivants :
  - a) - des corps d'emplois communs vers des corps d'emplois spécifiques et vice versa ;
  - b) - d'un corps d'emplois spécifiques vers un autre corps d'emplois spécifiques ;
  - c) dans les cas prévus à l'article 39 de la loi n° 82-06 du 27 février 1982 relative aux relations individuelles de travail.

les proportions fixées au présent article peuvent être réduites par les statuts particuliers, compte tenu des spécificités de l'institution ou de l'administration publique concernée.

**Article 95 :** Sans préjudice des dispositions législatives relatives à la décentralisation et à la déconcentration le détachement est prononcé par arrêté conjoint ou décision conjointe de l'autorité investie du pouvoir de nomination et de l'autorité d'accueil, dans les limites de leurs attributions respectives.

**Article 96 :** Le fonctionnaire qui a fait l'objet d'un détachement peut être aussitôt remplacé.

Durant la période de détachement, le fonctionnaire qui en a fait l'objet avance dans son corps d'origine à la durée moyenne sous réserve de dispositions réglementaires plus avantageuses.

**Article 97 :** Le fonctionnaire détaché est rémunéré sur la base de l'indice affecté à son poste de travail d'accueil, auquel s'ajoute la majoration indiciaire rémunérant l'ancienneté dans son poste d'origine et les autres éléments de la rémunération attachés au poste d'accueil. Toutefois, lorsque le détachement est prononcé d'office en cas de nécessité impérieuse de service public, le fonctionnaire détaché est rémunéré, au moins, sur la base du salaire de poste de son grade d'origine.

**Article 98 :** A l'issue de son détachement, le fonctionnaire est réintégré dans son corps et affecté à son poste d'origine ou, au besoin, en surnombre à un poste équivalent.

### Section 2

#### Du détachement et de l'intégration des travailleurs des entreprises et organismes publics

**Article 99 :** Outre le détachement de droit des travailleurs élus, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, les institutions et administrations publiques peuvent demander suivant les modalités fixées ci-après, le détachement de travailleurs confirmés relevant des entreprises et organismes publics.

**Article 100 :** Ne peuvent être détachés que les travailleurs justifiant des conditions de titre ou de qualifications permettant l'accès à un emploi d'un corps classé, au moins, dans la catégorie XIII prévue à l'article 68 ci-dessus.

Toutefois, en cas de nécessité de service, il peut être fait appel au détachement de travailleurs classés à un niveau inférieur mais justifiant d'une qualification particulière.

la liste des emplois susceptibles d'être occupés par les travailleurs visés à l'alinéa ci-dessus est fixée par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique

**Article 101 :** Le détachement est prononcé, pour une durée minimale de six (6) mois et maximale de cinq (5) ans par décision de l'organisme employeur d'origine approuvée par :

- arrêté du ou des ministres intéressés pour les entreprises ou organismes publics nationaux,
- arrêté du wali pour les entreprises ou organismes publics Locaux.

Le détachement peut être renouvelé par décision prise dans les mêmes formes que celles dans lesquelles il a été prononcé.

La durée totale du détachement, y compris son renouvellement ne peut pas excéder cinq (5) ans.

**Article 102 :** Sur constatation de la nécessité impérieuse de service public et demande de l'autorité concerné en accord avec l'autorité de tutelle et par décision de l'organisme employeur, la commission du personnel compétente consultée, le détachement peut être prononcé d'office dans les mêmes formes que celles prévues à l'article précédent.

**Article 103 :** Il peut être mis fin au détachement, soit à l'issue de la durée pour lequel il a été prononcé, soit en cours de période à la demande du travailleur qui en a fait l'objet, après accord des organismes d'origine et d'accueil. A l'issue de la période de détachement, le travailleur qui en a fait l'objet est réintégré de plein droit dans son organisme d'origine. Il est réintégré en priorité dans son poste de travail initial ou, au besoin, en surnombre dans un poste équivalent.

**Article 104 :** Le travailleur détaché est soumis à l'ensemble des droits et obligations attachés au corps d'accueil. Il doit, notamment, se conformer aux dispositions statutaires et réglementaires applicables au personnel de l'organisme d'accueil.

**Article 105 :** Le détachement ne peut intervenir que dans un corps et au grade correspondant au niveau de qualification de l'agent qui en a fait l'objet.

Le niveau de qualification est celui déterminé par le statut applicable au corps d'accueil.

**Article 106 :** La période de détachement est prise en compte, comme temps de services effectifs, au sein de l'organisme employeur d'origine.

Elle ouvre droit, dans les conditions de durée fixée par la réglementation applicable à cet organisme employeur, au bénéfice de l'indemnité d'expérience, à l'avancement et à la promotion, conformément à l'article 45 de la loi n° 82-06 du 27 février 1982 relative aux relations individuelles de travail.

**Article 107 :** La proportion maximale de travailleurs susceptibles d'être détachés, en application du présent statut type, ne saurait excéder 5% de l'effectif réel du corps d'accueil.

**Article 108 :** Le travailleur, détaché dans les conditions fixées aux articles 99 à 107 du présent statut type, perçoit une rémunération équivalente à celle d'un fonctionnaire confirmé d'un même niveau de qualification et d'ancienneté

**Article 109 :** La rémunération visée à l'article précédent se décompose comme suit :

Le salaire de base affecté à la catégorie et à la section de classement du poste d'accueil, auquel s'ajoute l'indemnité d'expérience liée à l'ancienneté dans le poste de travail d'origine ;

- le cas échéant, la rémunération attachée au poste supérieur

- Les primes et indemnités, s'il y a lieu, allouées aux fonctionnaires du corps d'accueil.

Lorsque le travailleur est détaché d'office, il est rémunéré au moins, sur la base du salaire de poste de son grade d'origine.

**Article 110 :** Lorsqu'un travailleur, détaché depuis au moins trois (3) ans, réunit la condition d'ancienneté pour avancer à la durée moyenne dans le corps d'accueil, il bénéficie de l'indemnité d'expérience allouée au fonctionnaire confirmé appartenant audit corps.

**Article 111 :** Après une durée minimale de deux (2) ans, le travailleur détaché qui remplit les conditions prévues par les dispositions statutaires régissant l'accès au corps dans lequel il est détaché, peut, sur sa demande, après accord de l'organisme d'origine, acceptation de l'autorité ayant pouvoir de nomination dans le corps d'accueil, et après avis de la commission du personnel du corps d'accueil, y être définitivement intégré.

Il conserve une ancienneté égale à celle des services effectifs qu'il a accomplis dans son poste d'origine et son poste d'accueil ; elle est utilisable pour l'avancement dans les conditions fixées à l'article 80 ci-dessus.

Toutefois, l'ancienneté acquise au titre du poste d'origine n'est prise en compte que dans la limite correspondant au temps d'exercice avec la qualification retenue pour le poste d'accueil.

### Chapitre III

#### De la disponibilité

**Article 112 :** La disponibilité est prononcée, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

**Article 113 :** La durée de la mise en disponibilité est celle fixée par la législation et la réglementation en vigueur, la mise en disponibilité est renouvelée dans les mêmes conditions et formes que celles dans les quelles elle a été prononcée.

Toutefois, dans le cadre des dispositions prévues à l'article 52 de la loi n° 82-06 du 27 février 1982 relative aux relations individuelles de travail, les fonctionnaires, conjoints de fonctionnaires affectés auprès de représentations algériennes à l'étranger ou détachés auprès d'organisme internationaux ou pour effectuer une mission de coopération, sont placés de droit en position de disponibilité, la durée de cette mise en disponibilité est égale la durée de la mission du fonctionnaire en exercice à l'étranger.

**Article 114 :** À l'issue de la période de mise en disponibilité, le fonctionnaire est réintégré dans son corps et affecté à son poste d'origine ou à un poste équivalent.

**Article 115 :** Sous réserve des mises en disponibilité de droit, l'effectif maximal de fonctionnaires mis en disponibilité ne peut excéder 5% de l'effectif réel du corps.

### Chapitre IV

#### Du service national

**Article 116 :** Les fonctionnaires appelés à effectuer leur période de service national sont placés en position de détachement et réintégré dans les conditions fixées par la législation en vigueur.

**Article 117 :** la durée du service national est prise en compte pour le calcul de l'indemnité d'expérience, à la durée moyenne prévue à l'article 75 ci-dessus.

### Chapitre V

#### Des mouvements

**Article 118 :** Sans préjudice des mécanismes prévus par les lois et règlements en vigueur en matière de mouvements de travailleurs et pour assurer un équilibre interne à chaque institution et administration publique, et à chaque corps et emploi, les institutions et administrations publiques procédant à des mouvements de personnels et établissent à cet effet, des tableaux périodiques de mouvements.

**Article 119 :** Les tableaux de mouvements sont dressés périodiquement, après avis de la commission du personnel, et doivent tenir compte, dans la mesure compatible avec l'intérêt du service, des demandes des intéressés, de leur valeur professionnelle, de leur ancienneté et de leur situation de famille.

**Article 120 :** Les fonctionnaires, figurant aux tableaux de mouvements, font l'objet d'une mutation par arrêté ou décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Toutefois, et lorsque les nécessités de service le commandent, la mutation peut être prononcée d'office dans ce cas, l'avis de la commission du personnel doit être recueilli, même après l'intervention de la décision l'avis de la commission du personnel s'impose à l'autorité qui a prononcé la décision de mutation.

**Article 121 :** Les statuts particuliers précisent les modalités d'application des articles 118 à 120 ci-dessus.

### TITRE VII

#### De la discipline

**Article 122 :** Sont applicables aux fonctionnaires, les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment celles prévues aux articles 61 à 76 du décret n° 82-302 du 11 septembre 1982 précité, et relatives aux fautes professionnelles et à leur sanctions disciplinaires.

Les procédures de mise en œuvre de ces règles sont précisées par les dispositions du présent statut type.



**Article 123 :** Le pouvoir disciplinaire appartient à l'autorité investie du pouvoir de nomination ou, le cas échéant, à l'autorité habilitée, qui l'exerce, sous réserve de l'article 125 ci-dessous, après avis de la commission du personnel siégeant en conseil de discipline.

**Article 124 :** Les sanctions susceptibles d'être infligées aux fonctionnaires sont classées, en fonction de la gravité des fautes commises, en trois (3) degrés :

**1<sup>er</sup> degré :**

- l'avertissement verbal
- l'avertissement écrit
- le blâme
- la mise à pied de 1 à 3 jours

**2<sup>ème</sup> degré :**

- la mise à pied de 4 à 8 jours
- la radiation du tableau d'avancement

**3<sup>ème</sup> degré :**

- le déplacement d'office
- la rétrogradation
- le licenciement avec préavis et indemnités
- le licenciement sans préavis ni indemnités

Outre les sanctions prévues ci-dessus, les statuts particuliers des institutions et administrations publiques peuvent prévoir d'autres sanctions des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degrés, en rapport avec la nature de leur activité.

Les sanctions du 1<sup>er</sup> degré sont applicables aux travailleurs en période d'essai

**Article 125 :** Les sanctions du 1<sup>er</sup> degré sont prononcées, sans consultation préalable de la commission du personnel, par décision motivée de l'autorité investie du pouvoir de nomination, ou, le cas échéant, de l'autorité habilitée.

**Article 126 :** Les sanctions du 2<sup>ème</sup> degré sont prononcées par décision motivée de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Le fonctionnaire qui en a fait l'objet peut, dans le mois qui suit le prononcé de la décision, saisir la commission du personnel qui émet un avis.

**Article 127 :** Les sanctions du 3<sup>ème</sup> degré sont prononcées par l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis conforme de la commission du personnel.

**Article 128 :** Les sanctions du 3<sup>ème</sup> degré peuvent être portées devant la commission de recours, dans les conditions fixées par le décret prévu à l'article 14 ci-dessus.

**Article 129 :** Le fonctionnaire, traduit devant la commission du personnel siégeant en conseil de discipline, a le droit d'obtenir aussitôt que l'action disciplinaire est engagée, communication de son dossier disciplinaire.

Il peut présenter devant le conseil de discipline et, le cas échéant devant la commission de recours, toute explication écrite ou verbale ou citer des témoins. Il peut se faire assister de tout défenseur de son choix.

**Article 130 :** En cas de faute professionnelle grave, commise par un fonctionnaire et pouvant entraîner son licenciement l'auteur de la faute est immédiatement suspendu par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Pendant la durée de la suspension visée à l'alinéa précédent l'intéressé ne perçoit aucune rémunération, à l'exception des indemnités à caractère familial.

La situation du fonctionnaire suspendu doit être réglée dans un délai de deux (2) mois, à compter du jour où la décision de suspension est intervenue.

Durant cette période, l'avis conforme de la commission du personnel est requis, dans le cas où la commission se prononce contre le licenciement, l'intéressé reçoit l'intégralité de sa rémunération et est rétabli dans ses droits.

Lorsque la commission ne s'est pas réunie dans les délais, ou que la décision n'a pas été notifiée à l'intéressé dans ces mêmes délais, l'intéressé est rétabli dans ses droits et reçoit l'intégralité de sa rémunération.

**Article 131 :** Compte tenu de la nature particulière des missions dévolues aux institutions et administrations publiques, et des conséquences qui en découlent en matière d'obligations professionnelles des travailleurs concernés, lorsque le fonctionnaire fait l'objet de poursuites pénales ne permettant pas son maintien en fonctions, il est immédiatement suspendu.

Sa situation n'est définitivement réglée qu'une fois que la décision judiciaire sanctionnant les poursuites pénales est devenue définitive. La décision de suspension peut être assortie, pour une durée maximale de six (6) mois, du maintien d'une quotité du salaire de base qui ne saurait excéder les trois quarts dudit salaire.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque les poursuites sont subséquentes à une faute professionnelle grave pouvant entraîner le licenciement.

## TITRE VIII

### DE LA CESSATION DE LA RELATION DE TRAVAIL

**Article 132 :** La cessation de fonction entraînant la perte de la qualité de fonctionnaire est celle prévue par les dispositions de l'article 92 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, intervenant selon les modalités édictées par le loi n° 82-06 du 27 février 1982 relative aux relations individuelles de travail et celles fixées par le présent statut type en ce qui concerne la démission.

**Article 133 :** En application des dispositions de l'article 93 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée la démission est un droit reconnu à tout fonctionnaire voulant rompre la relation de travail qui l'unit à l'institution ou à l'administration publique.

Le fonctionnaire transmet sa demande, par la voie hiérarchique, à l'autorité investie du pouvoir de nomination. Il reste tenu de s'acquitter des obligations attachées à ses fonctions jusqu'à l'intervention de la décision de ladite autorité.

**Article 134 :** La démission n'a d'effet qu'autant qu'elle est acceptée par l'autorité investie du pouvoir de nomination, laquelle doit prendre sa décision dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de dépôt de la demande.

Elle prend effet à compter de la date fixée par cette autorité.

L'acceptation de la démission la rend irrévocable.

**Article 135 :** Si l'autorité investie du pouvoir de nomination décide, pour des nécessités de service, de différer l'acceptation de la démission, ou en cas de silence de cette autorité, trois (3) mois après le dépôt de la demande, l'intéressé peut saisir la commission du personnel, laquelle se prononce, sous forme d'avis conforme, dans le mois qui suit sa saisine, avis qu'elle transmet à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Toutefois, l'autorité investie du pouvoir de nomination ne peut différer l'acceptation de la démission, au-delà de la période correspondant au préavis réglementaire majorée, le cas échéant, lorsque les nécessités de service le justifient et dans les conditions fixées par les statuts particuliers, d'une période supplémentaire maximale de six (6) mois.

**Article 136 :** Toute cessation de service, contrevenant aux dispositions des articles 132 à 135 ci-dessus, entraîne la révocation pour abandon de poste, nonobstant les garanties disciplinaires prévues par la réglementation en vigueur.

## TITRE IX

### DISPOSITIONS TRANSITOIRES

**Article 137 :** Les fonctionnaires, appartenant aux corps créés en application des dispositions de l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966 susvisée, sont intégrés, confirmés et reclassés dans les postes, emplois et corps créés en application du présent statut type, dans les conditions fixées par les statuts particuliers des institutions et administrations publiques et par les dispositions des articles 138 à 146 ci-dessous.

**Article 138 :** Les fonctionnaires titulaires, appartenant à l'un des corps de fonctionnaires au 31 décembre 1984, dont les conditions de recrutement sont identiques à celles des corps qui en sont issus en application du présent statut type, sont intégrés, confirmés et reclassés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détenaient dans leur corps d'origine. Ils conservent l'ancienneté acquise dans cet échelon.

**Article 139 :** Les fonctionnaires stagiaires, nommés avant le 1<sup>er</sup> janvier 1984, sont, après titularisation et reclassement conformément aux dispositions de leurs anciens statuts, intégrés dans les nouveaux corps dans les conditions prévues à l'article précédent. Ils sont titularisés de plein droit, nonobstant les procédures en vigueur, et reclassés à titre exceptionnel, dans leurs corps d'origine, compte tenu de leur ancienneté à la durée minimale telle que prévue par la réglementation en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1984.

**Article 140 :** Les fonctionnaires stagiaires, nommés après le 1<sup>er</sup> janvier 1984, sont intégrés conformément aux dispositions applicables à leurs nouveaux corps.

**Article 141 :** Les fonctionnaires titulaires et stagiaires, en fonctions au 31 décembre 1984 appartenant à des corps dont les conditions de recrutement sont inférieures à celles des corps qui en sont issus en application du présent statut type, sont intégrés, confirmés et reclassés conformément aux dispositions fixées par les statuts particuliers, s'ils réunissent l'une ou l'autre, ou l'une et l'autre, des conditions ci-après.

- justifier d'un niveau de qualification suffisant et d'une ancienneté dans le corps ou l'emploi d'origine.

- subir avec succès les épreuves d'un examen ou un test professionnel.

Les dispositions du présent article sont précisées par les statuts particuliers.

**Article 142 :** Les fonctionnaires titulaires et stagiaires qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article précédent, sont intégrés dans les corps correspondant à leur niveau de qualification, conformément aux dispositions fixées par les statuts particuliers. Ils sont confirmés et reclassés dans les mêmes conditions que celles prévues aux articles 138, 139 et 140 ci-dessus.

**Article 143 :** Les agents contractuels, recrutés par application des dispositions du décret n° 66-136 du 2 juin 1966 fixant les règles applicables aux personnels contractuels et temporaires de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics et organismes publics, et occupant des emplois permanents de la date du 31 décembre 1984 dans les institutions administrations publiques, peuvent, sur leur demande, et dans la limite des postes budgétaires être intégrés, confirmés et reclassés à la durée que celles prévues aux articles 139-140-141 et 142 ci-dessus au profit des fonctionnaires stagiaires.

**Article 144 :** Le reclassement des travailleurs visés aux articles 139 et 143 ci-dessus ne produit aucun effet pécuniaire rétroactif pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 1985.

**Article 145 :** Les travailleurs des institutions et administrations publiques, autres que ceux précédemment régis par l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966 susvisée, sont intégrés dans les nouveaux postes de travail, emplois et corps, dans les mêmes conditions que celles prévues aux articles 137 à 144 ci-dessus.

**Article 146 :** Les fonctionnaires occupant des emplois spécifiques seront classés compte tenu de leur corps d'origine et continuent, en attendant la détermination des postes supérieurs des institutions et administrations publiques, à assurer les missions attachées à leurs emplois.

## TITRE X DISPOSITIONS FINALES

**Article 147 :** Les dispositions du présent décret appliquent aux assujettis au service civil en fonction auprès des institutions et administrations publiques, sous réserve des dispositions particulières dictées, en ce domaine, par la loi n° 84-10 du 11 février 1984 relative au service civil

**Article 148 :** Sont abrogés les décrets suivants :

- 1- le décret n° 66-134 du 2 juin 1966 fixant les modalités d'application de l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966 portant statut général de la fonction publique, aux établissements publics et aux organismes publics ;
- 2° Le décret n° 66-135 du 2 juin 1966 relatif aux congés ;
- 3° Le décret n° 66-138 du 2 juin 1966 fixant les groupes hors-échelle ;
- 4° Le décret n° 66-139 du 2 juin 1966 fixant la valeur du point indiciaire ;
- 5° Le décret n° 66-142 du 02 juin 1966 relatif au conseil supérieur de la fonction publique ;
- 6° Le décret n° 66-150 du 2 juin 1966 relatif au régime de certaines positions des fonctionnaires ;
- 7° Le décret n° 66-151 du 2 juin 1966 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires stagiaires, modifié par le décret n° 68-209 du 30 mai 1968.

Toutes autres dispositions réglementaires contraires à celles du présent décret sont abrogées.

Toutefois, la disposition de l'alinéa précédent s'appliquera au fur et à mesure de la publication, au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, des textes d'application découlant du présent statut type et des textes portant harmonisation de la réglementation en vigueur au sein des institutions et administrations publiques avec les dispositions du présent décret.

**Article 149 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1985.

**Article 150 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 mars 1985

**Chadli BENDJEDID**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 111-10 et 152,  
Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, notamment ses articles 60, 160, 161, 162, 172 et 198 ;  
Le conseil des ministres entendu :

**Décète :**

### **Chapitre I Dispositions générales**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le montant maximal de l'indemnité d'expérience, prévu à l'article 181 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, correspondant à un taux de 50 % du salaire de base pour le secteur de l'administration publique et 25% du salaire de base pour tous les autres secteurs.

**Article 2** : Le taux de l'indemnité d'expérience varie selon les périodes maximales de travail prévues à l'article 151 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée.

**Article 3** : Les statuts types des secteurs d'activités fixent les modes de valorisation de l'ancienneté génératrice d'expérience et les périodes maximales de travail entrant dans l'une des périodes prévues à l'article 161 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée.

**Article 4** : Le taux de l'indemnité d'expérience au titre des trois premières années est cumulable et servi au travailleur au terme de la troisième année.

**Article 5** : En cas de changement de grade, le travailleur conserve le montant de l'indemnité d'expérience attribué précédemment. Le montant prévu à l'alinéa précédent ne peut être augmenté que si le nouveau grade du travailleur demeure inchangé pendant une période supérieure à trois (3) années.

**Article 6** : Lorsque le travailleur change d'organisme employeur, les années d'ancienneté dans le dernier poste de travail sont prises en compte pour le calcul de l'indemnité d'expérience, par le nouvel organisme employeur.

Le taux applicable est celui en vigueur dans l'organisme ayant procédé au recrutement.

**Article 7** : La formation et le perfectionnement professionnel du travailleur, prévus à l'article 162 de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, sont une obligation pour le travailleur, l'organisme employeur et l'Etat.

### **Chapitre I Dispositions particulières**

**Article 8** : Les années d'ancienneté accomplies avant l'entrée en vigueur du nouveau système de classification sont valorisées de la façon suivante :

1°) - Pour le secteur économique :

-- 1 % par année accomplie dans le dernier secteur d'activité,  
0,5 % par année accomplie dans les autres secteurs d'activités.

2°) - Pour le secteur de l'administration publique :

L'ancienneté, valorisée selon le système des échelons actuellement en vigueur, est translatée au nouveau système :

-- lorsque l'ancienneté n'est pas valorisée selon le système prévu à l'alinéa précédent, il est fait application des taux suivants ;

1,4% par année accomplie dans le secteur

0,7% par année accomplie dans les autres secteurs d'activités

**Article 9** : Pour la reconstitution de carrière des travailleurs membres de l'A.L.N ou de l'O.C.F.L.N, tels que définis par la réglementation en vigueur, chaque année de participation à la guerre de libération nationale est comptée double, conformément à la législation en vigueur. Ces années sont assimilées à des années de service dans le secteur et prises en compte en tant que telles.

**Article 10** : Le présent décret qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1985 sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 mars 1985.

**Chadli BENDJEDID**

PREMIER MINISTERE

Direction Générale de la Fonction publique

N°2727 /DGFP/DSEP/SDOC

**CIRCULAIRE N° 2 DU 13 MARS 1989 EXPLICITANT LES MODALITES D'APPLICATION DU  
DECRET N° 85-58 DU 23 MARS 1985 RELATIF A L'INDEMNITE D'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE**

En application de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, le décret n° 85-58 du 23 mars 1985 relatif à l'indemnité d'expérience professionnelle a prévu, pour le secteur des institutions et administrations publiques :  
L'ancienneté, valorisée selon le système des échelons actuellement en vigueur, est translatée au nouveau système.  
Lorsque l'ancienneté n'est pas valorisée selon le système prévu à l'alinéa précédent, il est fait application des taux suivants :

1,40 % par année accomplie dans le secteur,

0,70 % par année accomplie dans les autres secteurs d'activité,

Les modalités d'application de ce décret ont été précisées par les circulaires n° 5574 DGFP /CIR du 8 Août 1985 et 4589 du 29 Mai 1988.

Si la mise en œuvre du système de translation à l'échelon n'a pas posé de problème particulier d'application, la prise en charge de l'antériorité professionnelle non valorisée selon le système des échelons a généré une certaine divergence d'interprétation.

La présente circulaire a pour objet, dans le cadre de l'application du décret n° 85-58 du 23 mars 1985 et du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des Institutions et Administrations publiques, de lever cette divergence et d'assurer à chaque fonctionnaire ou agent concerné les droits auxquels il peut prétendre.

**I – L'INDEMNITE D'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DES FONCTIONNAIRES**

Outre l'indemnité d'expérience professionnelle valorisée selon le système des échelons, les fonctionnaires qui ont travaillé antérieurement à leur intégration dans le corps d'appartenance ont droit à une indemnité calculée comme suit :

A - Concernant l'antériorité professionnelle acquise en qualité d'agent contractuel ou temporaire dans le secteur des institutions et Administrations publiques :

– Lorsqu'il remplit la condition statutaire de titre ou diplôme exigé pour l'accès au corps occupé : la période d'exercice est validé intégralement et sera utilisée pour l'avancement de l'intéressé dans les conditions fixées par ma circulaire n° 4589/ 03 du 29 mai 1988.

– Lorsqu'il ne remplit pas la condition statutaire de titre ou diplôme exigé pour l'accès au corps d'appartenance l'antériorité professionnelle est validée de moitié et sera utilisée pour l'avancement de l'agent dans les mêmes conditions prévues par ma circulaire suscitée.

– Les agents qui ont exercé antérieurement au sein de l'Armée Nationale Populaire, bénéficient de la valorisation de leur antériorité professionnelle dans les mêmes conditions que prévues aux alinéas a et b du paragraphe A ci-dessus, lorsque cette ancienneté n'a pas été prise en compte par le régime de retraite militaire.

– Les anciens fonctionnaires recrutés à nouveau dans l'administration publique en qualité de fonctionnaires, bénéficient au titre de l'antériorité professionnelle d'une validation calculée dans les mêmes formes que celles ouvertes ci-dessus pour l'exercice de fonctions en qualité d'agent temporaire ou contractuel.

– Concernant les stagiaires qui n'ont pas la qualité de fonctionnaires titulaires dans un autre corps, l'indemnité d'expérience professionnelle n'est ouverte que lorsque les intéressés auront été confirmés (titularisés) dans leur grade, et ce, conformément aux dispositions de l'article 71 du décret n°85-59 du 23 mars 1985, sus-cité.

Dés lors, que la période de stage est accomplie et qu'ils sont confirmés dans leur grade, le droit à l'indemnité d'expérience professionnelle est ouvert : l'indemnité est calculée comme prévu aux alinéas a et b du paragraphe A ci-dessus.

Toutefois, concernant les ingénieurs de l'Etat recrutés en qualité de professeurs agrégés de l'enseignement secondaire et les assistants des instituts de formation supérieure, le droit à l'indemnité d'expérience professionnelle est ouvert dès qu'ils justifient de trois années d'exercice de fonctions est qualité.

L'indemnité d'expérience professionnelle des intéressés est calculée à raison de 1,4 % par année de service sur la base de l'indice afférent à la catégorie et section de classement du poste de travail occupé.

– Les agents ayant acquis la nationalité Algérienne, recrutés en qualité de fonctionnaires ou de contractuels par les Administrations publiques bénéficient, pour la période d'exercice de fonctions en Algérie et ce, quel que soit le secteur d'activité, des dispositions de la présente circulaire soit au titre de fonctionnaires, soit au titre de contractuels.

**II – L'INDEMNITE D'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DES AGENTS CONTRACTUELS, TEMPORAIRES ET VACATAIRES**

Les agents exerçant dans le cadre de la durée légale mensuelle de travail :

– Les agents remplissant les conditions d'accès au corps de référence :

Qu'ils soient recrutés en qualité de contractuels de droit public (décret n° 66-136 du 2 Juin 1966, modifié et complété par les décret n° 81-115 du Juin 1981 et 86-46 du 11 Mars 1986) ou de droit commun (temporaire) les agents concernés bénéficient d'une indemnité d'expérience professionnelle calculée au taux de 1.40 % pour les années de services effectuées au sein des institutions et administrations publiques et de 0.70% pour les services effectués dans les autres secteurs d'activité sous réserves toutefois que les services n'ont pas fait l'objet d'une valorisation antérieure .

Elle est calculée par référence, à la classification du corps de référence (Ingénieur, Technicien, Agent Technique etc.....)

Pour les ouvriers professionnels et conducteurs autos, l'indemnité est calculée par référence à la classification du poste effectivement occupé dans l'Administration ou l'Institution concernée.

b) – Les agents ne remplissant pas la condition d'accès au poste de référence :

L'indemnité d'expérience est calculée au taux de 0.70% par référence à l'indice de la première section de la catégorie de classement du poste occupé, indice servant de base référence au salaire de base.

Le taux sus-cité est applicable à l'ancienneté accomplie par les intéressés au titre de l'ensemble des secteurs d'activité :

B/ Les agents assurant des actions horaires :

Il est entendu par agent assurant des vacances horaires les agents qui ne sont pas appelés à exercer leurs tâches durant la période légale de travail (44 heures par semaine ou 190,66 heures par mois).

Il s'agit, en d'autres termes, des agents recrutés pour effectuer des tâches d'une durée inférieure ou égale à cinq (5) heures par jour (femmes de ménage etc.....).

Les modalités de prise en charge de l'indemnité d'expérience professionnelle à laquelle, les intéressés peuvent prétendre feront l'objet d'un texte particulier, texte en cours d'adoption par les autorités compétentes.

### **III – DISPOSITIONS COMMUNES :**

A/ Antériorité professionnelle à valider :

L'antériorité professionnelle susceptible d'être valorisée et donner lieu à indemnité d'expérience professionnelle est celle acquise postérieurement au 1<sup>er</sup> Janvier 1967, date d'application de l'ordonnance n° 66-133 du 2 Juin 1966 portant Statut général de la fonction publique.

B/ Justification de l'antériorité professionnelle :

L'antériorité professionnelle susceptible d'être prise en compte pour le calcul de l'indemnité d'expérience professionnelle doit être justifiée comme suit :

– pour les agents contractuels de droit public :

Car la présentation du contrat initial et une attestation de travail, ou des attestations de travail en cas de pluralité d'organismes employeurs publics, couvrant la période considérée.

Les attestations sont délivrées par le responsable du service du personnel de l'administration ou de l'établissement public concerné.

– Pour les anciens militaires, par l'attestation de travail délivrée par les services de L'Armée nationale populaire.

L'attestation, doit stipuler que l'intéressé n'est pas bénéficiaire d'une pension militaire.

– Pour le période d'exercice au titre des entreprises publiques et organismes publics, par une attestation délivrée par la responsable du personnel de l'unité auprès laquelle ils ont exercé.

Pour l'unité siège, l'attestation est délivrée par le responsable centrale la gestion des ressources humaines.

Pour les entreprises privées, l'attestation de travail n'est prise en compte qui si elle est authentifiée par la caisse de sécurité sociale à laquelle est affilié l'agent concerné.

### **C- PROCEDURE :**

Pour les fonctionnaires, l'indemnité d'expérience professionnelle est valorisée conformément aux dispositions de ma circulaire N° 4589 du 29 Mai 1988 selon le système d'échelons et prise en charge par voie d'arrêtés ou décisions selon les cas (Administration publiques, Institutions Publiques, et Etablissements Publics).

Pour les agents contractuels et temporaires, l'indemnité d'expérience professionnelle est ouverte par voie de décision formalisée.

Les modèles de décisions et d'arrêtés sont ceux annexées à la circulaire n° 4589 du 29 Mai 1988.

Les arrêtés et décisions relatifs aux fonctionnaires et les décisions relatives aux agents contractuels sont soumis au visa à priori des organes de contrôle.

Les décisions relatives aux agents temporaires sont contrôlées à postériorité par les comptables assignataires.

### **D – DATE D'EFFET DE L'INDEMNITE D'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE**

Conformément aux stipulations de ma circulaire n°4589 du 29 Mai 1988, l'ouverture du droit à l'indemnité d'expérience professionnelle commence le 1<sup>er</sup> du mois de la date de signature de l'arrêté ou de la décision y relatif.

L'arrêté ou la décision n'est signé par l'autorisée qu'après recueil du visa des organes de contrôle (pour les fonctionnaires et agents contractuels).

Pour les agents temporaires (y compris ceux appelés suppléante) la décision prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois de son enregistrement. Elle ne saurait être antérieure, au plus, un mois après le dépôt des mandats ou ordonnances de payement auprès du comptable assignataire.

En vous demandant d'assurer une application correcte de la présente circulaire et de diligenter la procédure d'examen des dossiers des agents susceptibles d'ouvrir droit à l'indemnité d'expérience professionnelle, et qui n'est pas encore prise en charge dans le cadre de la réglementation en vigueur je vous prie de porter à la connaissance des services de la direction générale de la fonction publique toute difficulté susceptible d'être rencontrées.

P/- L E DIRECTEUR GENERAL  
DE LA FONCTION PUBLIQUE,  
**SIGNE : M .K . LEULMI.**

**Décret n°90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative, à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales, des wilayas et des communes ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant.**

Le Chef du Gouvernement ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu la loi n°78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, ensemble les textes pris pour son application ;  
Vu le décret n° 68-214 du 30 mai 1968 fixant les dispositions spéciales applicables aux fonctionnaires communaux ;  
Vu le décret n° 73-137 du 9 août 1973 fixant, en matière de déconcentration de gestion des personnels, les conditions d'application de l'ordonnance n°69-38 du 28 mai 1969 portant code de wilaya ;  
Vu le décret n°84-10 du 14 juin 1984 fixant la compétence, la composition, l'organisation et le fonctionnement des commissions paritaires ;  
Vu le décret n°85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques, notamment son article 37 ;  
Vu le décret n° 86-276 du 11 novembre 1986 fixant les conditions de recrutement des personnels étrangers dans les services de l'Etat, des collectivités locales, établissements, organismes et entreprises publics ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Sauf dispositions contraires prévues par la réglementation en vigueur, le pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents publics est conféré :  
au ministre pour ce qui concerne les personnels de l'administration centrale ;  
au wali pour ce qui concerne les personnels de la wilaya ;  
au président de l'assemblée populaire communale pour le personnel de la commune ;  
au responsable de l'établissement public à caractère administratif pour les personnels de l'établissement.  
Demeurent de la compétence de l'autorité centrale habilitée par la réglementation en vigueur ;  
la réglementation de la mobilité des personnels et de l'équilibre global des effectifs ;  
la réglementation en matière de formation, de perfectionnement et de recyclage ;  
la réglementation en matière d'ouverture et d'organisation des concours et examens professionnels ;  
le recrutement et la gestion des personnels étrangers ;

**Article 2** : Peuvent être accordés à tout responsable de service le pouvoir de nomination ainsi que le pouvoir de gestion administrative des personnels placés sous son autorité.

Dans ce cadre, le responsable de service reçoit délégation par arrêté du ministre concerné, pris après avis de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 3** : Des aménagements au pouvoir de nomination et/ou de gestion administrative, compatibles avec les besoins propres de certains corps de fonctionnaires, peuvent être apportés par arrêté du ou des ministres concernés et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 4** : Sont abrogées les dispositions du décret n° 73-137 du 9 Août 1973 susvisé.

**Article 5** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 Mars 1990.

**Mouloud HAMROUCHE**



Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement, chargé de la réforme administrative et de la fonction publique, Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques;

Vu le décret présidentiel n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au 24 juin 1997 portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination, de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et des agents des administrations

centrales, des wilayas et des communes, ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant;

Vu le décret exécutif n° 92-28 du 20 janvier 1992, modifié et complété, portant statut particulier des personnels appartenant aux corps spécifiques de la direction générale de la fonction publique;

Vu le décret exécutif n° 92-29 du 20 janvier 1992 instituant un régime indemnitaire spécifique applicable aux fonctionnaires et agents publics des services de la direction générale de la fonction publique;

Vu le décret exécutif n° 95-125 du 29 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 29 avril 1995 relatif aux inspections de la fonction publique;

Vu le décret exécutif n° 96-212 du 28 Moharram 1417 correspondant au 15 juin 1996 fixant les attributions du ministre délégué auprès du Chef du Gouvernement, chargé de la réforme administrative et de la fonction publique;

#### Décrète :

**Article 1<sup>er</sup>** : L'inspection de la fonction publique instituée au niveau de chaque wilaya, constitue une structure déconcentrée de l'autorité chargée de la fonction publique. Elle est investie des attributions et prérogatives telles que définies dans le présent décret.

**Article 2** : L'inspection de la fonction publique est dirigée par un chef d'inspection assisté dans l'exercice de ses attributions d'un (1) à trois (3) chefs d'inspections adjoints.

**Article 3** : Le chef d'inspection de la fonction publique a pour mission de veiller à l'application de la législation et de la réglementation relatives à la gestion des carrières des fonctionnaires et agents publics de l'Etat, relevant des institutions et administrations publiques implantées dans la wilaya.

A ce titre, il est chargé notamment :

— de veiller au strict respect des règles d'accès à la fonction publique;

— d'arrêter conjointement avec les institutions et les administrations publiques implantées dans la wilaya conformément à la réglementation en vigueur les plans

annuels de gestion des ressources humaines de ces institutions et administrations publiques et d'en suivre l'exécution;

— d'exercer le contrôle de légalité à *posteriori* sur les actes de gestion des ressources humaines relevant des institutions et administrations publiques conformément

aux procédures établies;

— de faire procéder à la révision de tout acte de gestion individuel de carrière jugé non conforme à la réglementation en vigueur;

— d'assister les différentes institutions et administrations publiques dans le traitement des affaires contentieuses relatives à la situation administrative des fonctionnaires et agents publics de l'Etat;

— de procéder à tout contrôle de la gestion des ressources humaines des institutions et administrations publiques, implantées dans la wilaya, conformément à la réglementation en vigueur;

— de procéder, en relation avec les services concernés à l'évaluation des mesures arrêtées en matière de gestion des ressources humaines;

— de suivre l'évolution des effectifs dans les institutions et administrations publiques et de proposer toute mesure de régulation y afférente;

— de recueillir et d'exploiter toute information en vue de l'établissement des statistiques liées à l'emploi dans les institutions et administrations publiques;

— de contribuer dans la limite de ses attributions à la prévention et au règlement des conflits de travail dans les institutions et administrations publiques;

— d'apporter toute assistance aux services chargés de la gestion des ressources humaines dans la préparation,

l'organisation et le déroulement des concours, examens et tests professionnels dans les institutions et administrations publiques;

— d'assurer la représentation de la direction générale de la fonction publique au sein des conseils d'administration ou d'orientation des établissements publics locaux à caractère administratif;

— d'organiser, d'animer et de diffuser tout programme d'information en direction des gestionnaires des ressources humaines des institutions et administrations publiques;

— de faire rapport périodiquement à l'autorité chargée de la fonction publique sur les activités relevant de l'inspection et d'en évaluer les résultats;

— de proposer toute mesure de nature à améliorer le fonctionnement de l'inspection de la fonction publique et les modalités de gestion des ressources humaines dans les institutions et administrations publiques.

**Article 4** : Outre les attributions prévues à l'article 3 ci-dessus, le chef d'inspection est chargé, en matière de réforme administrative, en concertation avec les institutions et administrations publiques implantées au niveau de la wilaya, d'étudier et de proposer les mesures nécessaires à l'amélioration constante de la qualité des prestations des services publics, à la simplification des relations entre les administrations et les citoyens, à l'allègement des démarches et des procédures administratives et à la prise en charge des besoins des usagers.

A ce titre, il a pour mission, en relation avec les responsables concernés, notamment :

— d'étudier et d'évaluer le fonctionnement des institutions et administrations publiques implantées dans la wilaya;

— de proposer à l'administration centrale toute mesure visant à l'efficacité de l'administration publique;

— de proposer toute mesure visant à normaliser et à simplifier les formalités et les procédures administratives;

— de s'assurer de la mise en œuvre des mesures tendant à développer la relation entre l'administration et le citoyen;

— de veiller à l'amélioration des conditions d'accueil, d'information et d'orientation des citoyens;

— de proposer toute mesure permettant la mise en place de structures polyvalentes au service du public;

— de recueillir toute information concourant à la rénovation et à la modernisation de l'administration publique.

**Article 5** : Le chef d'inspection est nommé par arrêté du ministre chargé de la fonction publique parmi les fonctionnaires appartenant au moins au grade des inspecteurs principaux ou à un grade équivalent, justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité et titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur obtenu après au moins huit (8) semestres d'études.

**Article 6 :** L'emploi de chef d'inspection est un poste supérieur. Il est classé et rémunéré dans les mêmes conditions que celles applicables aux responsables des services extérieurs de l'Etat au niveau de la wilaya.

**Article 7 :** Le chef d'inspection adjoint est nommé par arrêté du ministre chargé de la fonction publique parmi :

1) les fonctionnaires appartenant au moins au grade des inspecteurs principaux ou à un grade équivalent, justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité et titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur obtenu après au moins huit (8) semestres d'études;

2) les fonctionnaires appartenant au moins au grade des inspecteurs principaux ou à un grade équivalent, justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité ou de dix (10) années d'ancienneté générale.

**Article 8 :** L'emploi de chef d'inspection adjoint constitue un poste supérieur. Il est classé ainsi qu'il suit :

— chef d'inspection adjoint pourvu dans les conditions prévues par l'article 7, (alinéa 1er) ci-dessus, catégorie : 19, section : 1, indice 658;

— chef d'inspection adjoint pourvu dans les conditions prévues par l'article 7, (alinéa 2) ci-dessus, catégorie : 17, section : 1, indice 534.

**Article 9 :** Outre la rémunération principale, les fonctionnaires nommés aux postes supérieurs de chef d'inspection et de chef d'inspection adjoint bénéficient des primes et indemnités attachées à leur grade d'origine prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 10 :** Les fonctionnaires régulièrement nommés aux postes supérieurs de chef d'inspection et de chef d'inspection adjoint, à la date de publication du présent décret et ne remplissant pas les conditions d'accès prévues au présent décret demeurent régis par les dispositions du décret exécutif n° 92-28 du 20 janvier 1992, susvisé.

**Article 11 :** Le chef d'inspection de la fonction publique reçoit délégation de signature par arrêté du ministre chargé de la fonction publique. En cas de vacance du poste de chef d'inspection de la fonction publique ou d'empêchement, un chef d'inspection adjoint peut être chargé de l'intérim de l'inspection de la fonction publique par décision du ministre chargé de la fonction publique.

Il peut recevoir à cet effet délégation de signature selon les formes et procédures en vigueur.

**Article 12 :** L'organisation et le tableau des effectifs de chaque inspection de la fonction publique sont déterminés par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la fonction publique.

**Article 13 :** Sont abrogées toutes les dispositions contraires à celles du présent décret et notamment :

— le décret exécutif n° 95-125 du 29 avril 1995, susvisé;

— les articles 38 paragraphes B, 42, 43, 47, 48, 52 et 53 paragraphe B du décret exécutif n° 92-28 du 20 janvier 1992, susvisé.

**Article 14 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 9 Dhou El Hidja 1418 correspondant au 6 avril 1998.

**Ahmed OUYAHIA.**



Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85 (4° et 6°) et 125 (alinéa 2);

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 98-112 du 9 Dhou El Hidja 1418 correspondant au 6 avril 1998 relatif aux inspections de la fonction publique ;

Vu le décret exécutif n° 03-191 du 26 Safar 1424 correspondant au 28 avril 2003 portant organisation de la direction générale de la fonction publique ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>.** En application des dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n° 03-191 du 26 Safar 1424 correspondant au 28 avril 2003, susvisé, le présent décret a pour objet de fixer les attributions et l'organisation de l'inspection générale de la direction générale de la fonction publique.

**Article 2 :** L'inspection générale de la direction générale de la fonction publique est un organe permanent d'inspection, de contrôle, d'audit et d'évaluation, placé sous l'autorité du directeur général de la fonction publique.

Dans ce cadre, elle exerce les missions ci-après :

1 - En matière de fonctionnement des structures centrales et des services déconcentrés de la direction générale de la fonction publique :

- s'assure du bon fonctionnement des structures centrales et des services déconcentrés de la direction générale de la fonction publique et propose toute mesure susceptible d'améliorer et de renforcer l'action de ces structures ;
- dresse l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des structures de la direction générale de la fonction publique ;
- veille à la préservation et à l'utilisation rationnelle et optimale des moyens et ressources mis à la disposition des services de la direction générale de la fonction publique.

2 - En matière de gestion des ressources humaines dans les institutions et administrations publiques :

- procède en relation avec les inspections de wilayas de la direction générale de la fonction publique à l'évaluation des conditions de gestion des ressources humaines ;
- identifie les insuffisances et propose toute mesure de nature à améliorer la gestion des ressources humaines ainsi que la valorisation des compétences et qualifications ;
- procède à des opérations d'inspection et d'audit de la gestion des ressources humaines dans les institutions et administrations publiques ;
- veille à l'utilisation rationnelle et optimale des ressources humaines dans les institutions et administrations publiques.

**Article 3 :** L'inspection générale intervient sur la base d'un programme annuel d'inspection et d'audit qu'elle établit et qu'elle soumet au directeur général de la fonction publique. Une copie du programme est adressée aux services du Chef du Gouvernement.

**Article 4 :** L'inspection générale peut, en outre, être appelée à effectuer toute mission ponctuelle de contrôle ou d'évaluation sur des situations particulières.

**Article 5 :** Toute mission d'inspection est sanctionnée par un rapport que l'inspecteur général adresse au directeur général de la fonction publique.

Ce rapport est transmis, selon le cas, au ministre ou au responsable de l'institution ou de l'administration concernés.

**Article 6 :** L'inspection générale élabore un rapport annuel sur ses activités, accompagné de recommandations qu'elle adresse au Chef du Gouvernement.

**Article 7 :** L'inspection générale de la fonction publique est dirigée par un (1) inspecteur général assisté de quatre (4) inspecteurs. La répartition des tâches entre les inspecteurs est fixée par le directeur général de la fonction publique sur proposition de l'inspecteur général.

**Article 8 :** Les fonctions d'inspecteur général et d'inspecteur sont des fonctions supérieures de l'Etat, classées et rémunérées par référence respectivement aux fonctions de directeur d'études et de directeur des services du Chef du Gouvernement.

**Article 9 :** Les inspecteurs sont habilités à demander toutes informations et documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission auprès des institutions et administrations publiques. Ils sont tenus d'en préserver la confidentialité.

**Article 10 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 29 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 19 mai 2004.

**Ahmed OUYAHIA**

Le Président de la République,  
Sur le rapport du secrétaire d'Etat à la fonction publique et à la réforme administrative,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 111-10° et 152 ;  
Vu l'ordonnance n° 66-133 du 3 juin 1966, modifiée et complétée portant statut général de la fonction publique ;  
Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 portant statut général du travailleur, notamment son article 216 ;  
Vu le décret n° 66-143 du 2 juin 1966 fixant la compétence, la composition, l'organisation et le fonctionnement des commissions paritaires ;  
Vu le décret n°69-55 du mai 1969 fixant les modalités de désignation des représentants du personnel des commissions paritaires ;  
Vu le décret n°83-545 du 24 septembre 1983 portant composition et fonctionnement du conseil exécutif de wilaya ;

**Décrète :**

**CHAPITRE I  
DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 1<sup>er</sup>** Il est institué dans les administrations centrales, les wilayas, les collectivités locales et les établissements publics dont le personnel est régi par les dispositions de l'ordonnance n°66-133 du 2 juin 1966 susvisée, des commissions paritaires, suivant les règles énoncées au présent décret.

**Article 2 :** Les commissions paritaires visées à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessous peuvent être créées par corps ou groupe de corps.

- secteur d'activité
- nature des fonctions,
- effectifs,
- niveau hiérarchique du corps,
- contraintes et organisation particulière du service.

Sous réserve des dispositions de l'article 29 du présent décret, chaque commission paritaire est placée auprès de l'autorité chargée de la gestion du personnel intéressé et notamment de la centralisation et de la tenue dossiers individuels.

**Article 3 :** Les commissions paritaires comprennent, en nombre égal, des représentants de l'administration et des représentants élus du personnel.

Les représentants du personnel sont élus selon les modalités fixées par le décret n°69-55 du mai 1969 susvisé.

**Article 4 :** Les commissions paritaires sont composées de membres titulaires et d'un nombre égal de membres suppléants.

Les membres suppléants ne peuvent siéger que lorsqu'ils remplacent les membres titulaires.

Un arrêté du secrétaire d'Etat à la fonction publique et à la réforme administrative déterminera, compte tenu des effectifs, le nombre des membres des commissions paritaires.

**Article 5 :** Les membres des commissions paritaires sont désignés pour une période de trois années, leur mandat peut être renouvelé.

La durée du mandat peut être exceptionnellement réduite ou prorogée dans l'intérêt du service par arrêté du ministre ou du wali concerné après accord du secrétaire d'Etat à la fonction publique et à la réforme administrative, afin de permettre, notamment, le renouvellement simultané de plusieurs commissions relevant d'un même service ou groupe de services.

Ces réductions ou prorogations ne peuvent excéder une durée de six mois. Toutefois, dans le cas où la structure d'un corps se trouve modifiée, il peut être mis fin, sans condition de durée, au mandat de membres des commissions compétentes par arrêté du ministre ou du wali intéressé.

Lors du renouvellement d'une commission paritaire, les nouveaux membres entrent en fonction à la date à laquelle prend fin, en application des dispositions précédentes, le mandat des membres auxquels ils succèdent.

**Article 6 :** Lorsqu'avant l'expiration de son mandat un membre titulaire d'une commission paritaire vient, par suite de décès, de démission, de congé de longue durée, de mise en disponibilité ou pour toute autre cause à casser les fonctions en raison desquelles il a été nommé ou élu ou ne réunit plus les conditions exigées par le présent décret pour faire, son suppléant est nommé titulaire à sa place jusqu'au renouvellement de la commission.

**Article 7 :** Les représentants de l'administration au sein des commissions paritaires sont nommés par arrêté du ministre ou du wali intéressé, dans les quinze jours suivant la proclamation des résultats des élections des représentants du personnel. Ils sont choisis parmi les fonctionnaires de l'administration intéressée ou exerçant un contrôle sur cette administration, titulaires d'un grade au moins égal à celui d'administrateur ou à un grade assimilé et comprenant notamment et fonctionnaire qualifié pour exercer la présidence de la commission en vertu de l'article 11 du présent décret.

Lorsqu'un corps est interministériel, les représentants de l'administration sont nommés par arrêté du secrétaire d'Etat à la fonction publique et à la réforme administrative dans les mêmes conditions que celles prévues à l'alinéa précédent.

La qualité de fonctionnaire titulaire n'est pas exigée des représentants de l'administration occupant l'un des emplois supérieurs prévus à l'article 9 de l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966 susvisée.

Lorsque dans une même administration, le nombre des fonctionnaires ayant le grade d'administrateur ou un grade assimilé est insuffisant, les représentants de l'administration peuvent être désignés parmi les fonctionnaires d'un grade immédiatement inférieur.

**Article 8 :** Sauf le cas de renouvellement anticipé d'une commission les élections des représentations du personnel ont lieu quatre (4) mois au plus et quinze (15) jours au moins avant la date d'expiration du mandat des membres en exercice. La date de ces élections est fixée par le ministre ou le wali intéressé.

**Article 9 :** Les commissions paritaires peuvent être saisies de toutes les questions d'ordre individuel résultat de l'application de l'ordonnance n°66-133 du juin 1966 susvisée. Elles sont saisies obligatoirement en matière de :

- prolongation de stage,
- avancement d'échelon ou de garde,
- détachement d'office et mutation d'office,
- disponibilité pour convenance personnelle,
- sanctions du 2<sup>ème</sup> degré,
- tableau annuel des mouvements, prévu par l'article 53 du statut général de la fonction publique.
- intégration dans un corps de détachement.

**Article 10 :** Les avis émis par les commissions paritaires sont consultatifs, sauf dans les cas suivants où ils doivent revêtir un caractère obligatoire :

- détachement ou mutation d'office contestés par l'agent concerné,
- refus d'acceptation de démission,
- avancement d'échelon ou de grade,
- rétrogradation, mise à la retraite d'office, révocation avec ou sans suppression des droits à pension.

**Article 11 :** Les commissions paritaires sont présidées par l'autorité auprès de laquelle elles sont placées.

Le président peut toutefois, en cas d'empêchement, se faire remplacer par le représentant de l'administration le plus ancien dans l'emploi et le plus élevé hiérarchiquement.

**Article 12 :** Chaque commission paritaire élabore son règlement intérieur, celui-ci doit être soumis à l'approbation du ministre ou du wali concerné.

Le secrétariat est assuré par un représentant de l'administration qui n'est pas membre de la commission.

Un représentant du personnel peut être désigné par la commission, en son sein, pour exercer les fonctions de secrétaire adjoint.

Un procès-verbal est établi après chaque séance.

**Article 13 :** Les commissions paritaires se réunissent sur convocation de leur président ou à la demande écrite du tiers au moins de leurs membres titulaires, et, en tout état de cause, au moins deux (2) fois par an.

**Article 14 :** Les commissions paritaires sont saisies par leur président ou sur demande écrite signée par la moitié au moins des représentants du personnel, par l'administration ou par les intéressés eux-mêmes de toutes questions entrant dans leurs compétences.

Elles émettent leur avis à la majorité des membres présents.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret ; chaque membre de la commission doit y prendre part. En cas de partage de voix, le président a voix prépondérante sauf en matière disciplinaire où la sanction immédiatement inférieure à celle proposée est prononcée.

**Article 15 :** Les séances des commissions paritaires ne sont pas publiques.

**Article 16 :** Les commissions paritaires siègent en assemblée plénière, sauf lorsqu'elles sont saisies de propositions de mutation ou de questions résultant de l'application des articles 54, 56, 66, et 68 de l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966 susvisée.

Lorsque les commissions paritaires sont saisies de questions faisant l'objet des articles énumérés à l'alinéa précédent seuls les membres titulaires et éventuellement les suppléants, représentant le corps auquel appartient le fonctionnaire intéressé ainsi qu'un nombre égal de représentants de l'administration, sont appelés à délibérer.

Lorsque les fonctionnaires appartenant à des corps différents ont accès à un même corps par voie de tableau d'avancement commun, la commission paritaire chargée de préparer le tableau comprend deux (2) représentants du personnel assurant, auprès des commissions de leurs corps respectifs, la représentation de chacun des corps des fonctionnaires intéressés. Dans ce cas, seuls les membres titulaires et éventuellement, leurs suppléants, représentants le corps auquel appartient le fonctionnaire dont la candidature est examinée, et les membres titulaires ou supérieur sont appelés à délibérer.

Les fonctionnaires ayant vocation à être inscrits à un tableau d'avancement ne participent pas aux délibérations de la commission.

**Article 17 :** En cas de difficultés dans le fonctionnement des commissions, le ministre ou le wali intéressé en rend compte au secrétaire d'Etat à la fonction publique et à la réforme administrative qui statue.

**Article 18 :** Les administrations doivent mettre à la disposition des commissions paritaires tous les moyens matériels ainsi que tous documents ou pièces nécessaires à la l'exercice légal de leurs missions.

Les membres des commissions paritaires sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle en raison de tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité. Tout manquement à entraîner leur exclusion des commissions paritaires, sans préjudice de sanctions disciplinaires qu'ils peuvent encourir conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 19 :** Les commissions paritaires ne délibèrent valablement qu'à la condition d'observer les règles de constitution et de fonctionnement édictées par l'article 13 de l'ordonnance n°66-133 du 2 juin 1966 susvisée et par le présent décret ainsi que par leur règlement intérieur.

En outre, les trois quarts (3/4) au moins de leurs membres doivent être présents. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle convocation est envoyée, dans le délai de huit (8) jours, aux membres de la commission, qui siège alors valablement si la moitié de ses membres sont présents.

**Article 20 :** Une commission peut être dissoute dans les formes prévues pour sa constitution. il est alors procédé, dans le délai de deux mois, à la constitution d'une nouvelle commission dans les conditions déterminées aux articles 4 et 7 du présent décret.

**Article 21 :** la qualité de membre d'une commission paritaire ne donne droit à aucune rémunération. Toutefois, des frais de déplacement et de séjour peuvent être versés aux intéressées dans les conditions déterminées par la réglementation en vigueur.

**Article 22 :** IL est institué, dans chaque département ministériel ainsi qu'auprès de chaque wali, une commission de recours présidée par le ministre ou son représentant ou par le wali ou son représentant.

**Article 23 :** Les commissions de recours sont composées, pour moitié, de représentants de l'administration, désignés parmi les agents appartenant à un corps classé au moins à l'échelle XIII et, pour moitié de représentant du personnel désignés parmi les membres élus des commissions paritaires centrales ou de wilayas

Le nombre de représentants de chaque partie varie entre 5 et 7.

Un arrêté du secrétaire d'Etat à la fonction publique et à ma réforme administrative précisera les modalités d'application du présent article.

**Article 24 :** Les commissions de recours peuvent être saisies, dans un délai de 15 jours, soit par l'administration, soit par les intéressées eux-mêmes et ce, exclusivement dans les cas des décisions disciplinaires suivantes ;

rétrogradation,

mise à la retraite d'office,

révocation sans suppression des droits à pension,

révocation avec suppression des droits à pension,

**Article 25 :** Les commissions de recours doivent se prononcer par écrit, dans un délai maximal de trois mois, à compter de la date de la saisine, pour annuler, maintenir ou modifier les avis litigieux.

Le recours introduit dans les délais ci-dessus à un effet suspensif sur la sanction prononcée.

## CHAPITRE II COMMISSIONS PARITAIRES D'ADMINISTRATION CENTRALE

**Article 26 :** Dans les administrations centrales les agents appartenant à un même corps relèvent de la compétence d'une même commission paritaire. il peut être institué, en tant que de besoin et dans décret, une commission paritaire commune à plusieurs corps de fonctionnaires.

**Article 27 :** Les commissions paritaires prévues à l'article précédent sont créées par arrêté du ministre concerné, après avis du ministre concerné, après avis du secrétaire d'Etat à la fonction publique et à la réforme administrative.

**Article 28 :** Les commissions de recours d'administration centrale sont créées dans les conditions fixées à l'article précédent. Elles sont compétentes pour examiner les recours formulés par les agents de l'administration centrale et des établissements publics nationaux ainsi que ceux appartenant à l'échelle XIII et au-dessus et exerçant leurs fonctions dans les wilayas.

### CHAPITRE III COMMISSIONS PARITAIRES DE WILAYAS

**Article 29 :** Les agents exerçant leurs fonctions dans les wilayas ainsi que dans les établissements publics de wilayas relèvent des commissions paritaires de wilayas quel que soit le corps d'affectation et l'organe gestionnaire.

Les avis des commissions ainsi instituées sont, en ce qui concerne les corps classés aux échelles XIII et au-dessus, transmis à l'autorité investie du pouvoir de nomination et de gestion qui prend la décision appropriée.

**Article 30 :** Il peut être créé, par arrêté du wali et avis du secrétaire d'Etat à la fonction publique et à la réforme administrative, soit auprès du wali pour les corps communs, soit auprès du directeur de l'exécutif ne concerné, une commission paritaire compétente pour chaque corps de fonctionnaires. Au cas où l'effectif ne justifie pas la création d'une commission par corps, un regroupement sera opéré par application des dispositions de l'article 2 du présent décret.

Toutefois, les commissions paritaires compétentes pour les personnels classés aux échelles XIII et au dessus ne peuvent être créées qu'auprès du wali.

**Article 31 :** Les commissions de recours de wilaya sont créées par arrêté du wali. Elles sont compétentes pour examiner les recours formulés par les agents exerçant leurs fonctions dans les structures de la wilaya, appartenant aux échelles I à XII, des établissements publics locaux ainsi que des collectivités locales.

**Article 32 :** Sont abrogées les dispositions du décret n° 66-143 du 2 juin 1966 susvisé.

**Article 33 :** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le, 14 janvier 1984

**Chadli BENDJEDID**

Le président de la République,

Sur rapport du secrétaire d'Etat à la fonction publique et à la réforme administrative,

Vu la constitution, notamment ses articles 111-10° et 152 ;

Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;

Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 portant statut général du travailleur, notamment son article 216 ;

Vu le décret n° 69-55 du 13 mai 1969 fixant les modalités de désignation des représentants du personnel aux commissions paritaires ;

Vu le décret n° 84-10 du 14 janvier 1984 fixant la compétence, la composition, l'organisation et le fonctionnement des commissions paritaires ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Sont électeurs, au titre d'une commission paritaire déterminée, les fonctionnaires en position d'activité appartenant au corps appelé à être représenté par ladite commission.

Les fonctionnaires en position de détachement sont électeurs dans leurs corps d'origine.

**Article 2 :** Pour l'accomplissement des opérations électorales, les électeurs peuvent être répartis en sections de vote, par arrêté du ministre ou du wali intéressé.

La liste des électeurs appelés à voter, est arrêtée par les soins du chef de service auprès duquel est placée cette section. Elle est affichée dans la section de vote. Vingt (20) jours, au moins, avant la date fixée pour le scrutin.

Dans les huit (8) jours qui suivent l'affichage, les électeurs peuvent vérifier les inscriptions et, le cas échéant, présenter les demandes d'inscription. Dans le même délai et pendant trois (3) jours à compter de son expiration, soit au total, onze (11) jours à compter de la date d'affichage, des réclamations peuvent être formulées contre les inscriptions ou omissions sur la liste électorale.

Le ministre ou le wali intéressé statue, sans délai, sur les réclamations.

**Article 3 :** Sont éligibles, au titre d'une commission paritaire déterminée, les fonctionnaires remplissant les conditions requises pour être inscrits sur la liste électorale de cette commission.

Toutefois, ne peuvent être élus, ni les fonctionnaires en congé de longue durée, au titre de l'article 39 de l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966 susvisée, ni ceux qui ont été frappés d'une rétrogradation ou d'une exclusion temporaire de fonction, à moins qu'ils n'aient été amnistiés ou qu'ils n'aient été relevés de leur peine, dans les conditions prévues par le décret n°66-152 du 2 juin 1966 relatif à la procédure disciplinaire, ni ceux qui sont frappés d'une des incapacités prononcées par les textes généraux relatifs aux inéligibilités. Les candidats doivent exercer leurs fonctions dans la circonscription territoriale considérée, depuis six (6) mois au moins, à la date du scrutin.

**Article 4 :** Les candidats aux élections sont portés sur une liste unique comportant autant de noms que de candidats ; toutefois, l'effectif de ces derniers ne peut, en aucun cas, être inférieur au double du nombre des postes à pourvoir.

La liste doit être déposée au moins cinq (5) semaines, avant la date fixée pour les élections sur chaque liste de candidats, doit figurer le nom d'un fonctionnaire habilité à les représenter dans toutes les opérations électorales et résidant au lieu où s'effectue le dépouillement du scrutin.

Le dépôt de chaque liste doit, en outre, être accompagné d'une déclaration de candidature signée par chaque candidat.

**Article 5 :** Chaque liste est soumise, pour examen soit au secrétariat permanent du comité central, en ce qui concerne l'administration centrale, soit à la mouhafada en ce qui les collectivités locales, au plus tard, une semaine après le dépôt.

Si, dans un délai de quinze (15) jours, le secrétariat permanent du comité central ou la mouhafada n'a pas émis un avis défavorable, son silence vaut approbation.

En cas d'avis défavorable émis dans le délai prévu et entraînant le retrait d'un nombre de candidats égal ou inférieur au tiers des postes à pourvoir, il n'est pas procédé à la présentation de nouveaux candidats.

Lorsque le nombre de candidatures non agréées excède le tiers du nombre des postes à pourvoir, il est procédé à la présentation d'une nouvelle liste de candidats dans les conditions prévues à l'article 4 ci-dessus.

**Article 6 :** Les bulletins de vote sont établis d'après un modèle-type fourni par l'administration ; ils sont remis au chef de service auprès duquel est placée chaque section de vote en nombre au moins égal au de cette section, ils sont transmis, par les soins de l'administration, aux fonctionnaires admis à voter dans les sections de vote mentionnées à l'article 2 du présent décret.

**Article 7 :** Un bureau de vote central est institué pour chacune des commissions à former.

Des arrêtés du ministre ou wali, selon de cas, peuvent également créer des bureaux de vote dans les sections de vote mentionnées à l'article 2 du présent décret, dans ce cas, les suffrages recueillis dans les sections de vote sont transmis, sous pli cacheté par les soins du chef de service auprès duquel est placée chaque section, soit à un bureau de vote spécial, s'il en existe, soit à un bureau de vote central au cas contraire.

Les bureaux de vote spéciaux, lorsqu'ils sont institués, procèdent au dépouillement du scrutin et transmettent les résultats au bureau de vote central.

Le bureau de vote central procède au dépouillement du scrutin lorsqu'il n'existe pas de bureaux de vote spéciaux, dans tous les cas, il procède à la proclamation des résultats, le bureau de vote central et, le cas échéant, les bureaux de vote spéciaux comprennent un président et un secrétaire, désignés par le ministre ou le wali intéressé, ainsi qu'un délégué de la liste.

**Article 8 :** Les opérations électorales se déroulent publiquement dans les locaux du travail et pendent les heures de service.

Le vote a lieu au scrutin secret et sous enveloppe.

Les électeurs peuvent ;

soit, dans la limite du nombre des candidats à élire, procéder à un choix parmi les candidats dont les noms figurent sur la liste ;  
soit voter blanc

Le vote peut avoir lieu par correspondance, dans les conditions qui seront fixées par les arrêtés prévus à l'article 2 du présent décret.

**Article 9 :** Le bureau de vote détermine :

le nombre de suffrages exprimés,  
le nombre de voix obtenu par chacun des candidats,  
le nombre total de bulletins blancs,  
le nombre total de bulletins nuls.

Sont considérés comme nuls, les suffrages exprimés par les bulletins déchirés ou comportant une mention quelconque ainsi que les bulletins désignant un nombre de candidats supérieur au nombre de sièges à pourvoir.

Les enveloppes ne contenant pas de bulletins sont considérées comme vote blanc.

**Article 10 :** Les candidats titulaires et suppléants sont proclamés respectivement élus par le bureau de vote dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues par chacun d'eux et dans la limite du nombre de sièges à pourvoir pour chaque corps.

**Article 11 :** Un procès-verbal des opérations électorales est établi par le bureau de vote et immédiatement transmis au ministre ou au wali intéressé.

**Article 12 :** Sauf recours devant la juridiction compétente, les contestations sur la validité des opérations électorales, sont portées, dans un délai de cinq jours, à compter de la proclamation des résultats, devant le ministre ou le wali intéressé qui statue dans un délai de huit jours.

**Article 13 :** Sont abrogées les dispositions du décret n° 69-59 du 13 mai 1969 susvisé.

**Article 14 :** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le, 14 janvier 1984

**Chadli BENDJEDID**



Alger le 9 février 1999

Messieurs les secrétaires généraux de ministères

En communication à : Messieurs les Walis

Madame et messieurs les chefs d'inspections de la fonction publique

**Objet : Création, renouvellement et prorogation des commissions paritaires et des commissions de recours.**

**Réf :-** décret n°84-10 du 14 Janvier 1984 fixant la compétence, la composition, l'organisation et le fonctionnement des commissions paritaires.

- décret n°84-11 du 14 Janvier 1984 fixant la modalité de désignation des représentants du personnel aux commissions paritaires.  
- décret n°85-59 du 23 Mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques.  
- décret exécutif n° 90-99 du 27 Mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative, à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales, des wilayas et des communes ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant.

- Instruction n° 20 du 26 Juin 1984 relative à l'organisation et au fonctionnement des commissions paritaires et des commissions de recours

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il m'a été donné de constater que certaines dispositions des textes réglementaires sus visés régissant la création, le renouvellement et le fonctionnement des commissions paritaires et des commissions de recours, font parfois l'objet de diverses interprétations de la part des Institutions et Administrations Publiques, ce qui est de nature à donner lieu à des applications disparates.

Aussi dans le souci d'assurer une application uniforme des dispositions réglementaires en question, la présente circulaire a pour objet de préciser les niveaux de création des commissions paritaires, des commissions de recours, ainsi que les modalités de leur renouvellement et de prorogation de leur mandat.

**I-LES COMMISSIONS PARITAIRES :**

**I.1- création des commissions paritaires :** Les services centraux de la Fonction Publique, sont souvent saisis par les Institutions et Administrations Publiques qui demande à connaître à quel niveau institutionnel de l'Administration doit s'effectuer la création des commissions paritaires.

A ce sujet, il y a lieu de préciser que les commissions paritaires sont conformément à l'article 2 du décret n°84-10 du 14 Janvier 1984 sus visé, instituées auprès de l'autorité ayant pouvoir de nomination.

Cette règle se traduit aux différents niveaux institutionnels de l'administration comme suit :

Les commissions paritaires des Administrations Centrales sont placées auprès du Ministre concerné.  
Les commissions paritaires des Wilayas sont placées auprès du Wali concerné.  
les commissions paritaires des services déconcentrés sont placées auprès du responsable de chaque service déconcentré.  
les commissions paritaires communales sont placées auprès du Président de L'A.P.C concerné.  
les commissions paritaires des établissements publics à caractère administratif sont placées auprès du responsable de l'établissement concerné.

Il y a lieu de préciser que les commissions paritaires sont présidées par l'autorité auprès de laquelle elles sont instituées (Ministre, Wali, Président D'A.P.C, Responsable d'E.P.A ou de service déconcentré) ou sont représentant dûment habilité.

**I.2- Renouvellement des commissions paritaires :** Conformément à l'article 8 du décret n°84-10 du 14 Janvier 1984 sus visé, le renouvellement des commissions paritaires doit s'effectuer impérativement dans les quatre (04) mois au plus et quinze (15) jours au moins, avant la date d'expiration du mandat de ses membres.

En tout état de cause, le renouvellement n'est pas subordonné à l'avis préalable des services de la Fonction Publique et doit s'effectuer à l'initiative de l'autorité ayant pouvoir de nomination de l'Institution et Administration publique concernée.

Faute de renouvellement des commissions paritaires dans des délais prescrits, les décisions prises par celle-ci après l'échéance du mandat, sont nulles et de nul effet.

**I-3 Prorogation du mandat des commissions paritaires :** L'article 5 alinéas 2 du décret n° 84 - 10 du 14 janvier 1984 sus visé a prévu la prorogation du mandat des commissions paritaires à titre exceptionnel pour une durée qui ne peut excéder six (06) mois après accord de l'autorité chargée de la Fonction Publique.

A ce sujet, Il est nécessaire de préciser que l'accord des services de la Fonction Publique reste subordonné à la présentation d'un rapport circonstancié de l'autorité ayant pouvoir de nomination, qui devra appuyer la demande de prorogation par l'exposé des motifs ayant empêché le renouvellement des commissions paritaires.

**I-4 Sessions des commissions paritaires :** Il a été constaté que les sessions des commissions paritaires réservées notamment à l'examen des questions suivantes :

- promotion par inscription sur liste d'aptitude,
- promotion par voie de qualification professionnelle.

Se tiennent souvent tardivement au cours du mois de décembre de l'année budgétaire considérée et se caractérisent par une certaine précipitation, compte tenu de la fin de l'examen budgétaire cette situation est de nature à porter préjudice à la bonne gestion de la carrière des fonctionnaires, d'une part, et empêcher le traitement des éventuels recours, d'autre part.

Aussi, convient-il de souligner à cet égard que ces questions peuvent être examinées par les commissions paritaires, dès l'adoption du plan de gestion des ressources humaines de l'Institution et Administration Publique concernée.

**II-LES COMMISSIONS DE RECOURS :**

**2. 1 Création des commissions de recours :** Il convient de rappeler que les commissions de recours sont compétentes pour l'examen des recours effectués par les fonctionnaires ayant subi une sanction disciplinaire du 3<sup>ème</sup> degré à savoir le licenciement, la rétrogradation ou le déplacement d'office.

Par ailleurs, contrairement aux commissions paritaires, les commissions de recours sont conformément à l'article 22 du décret n° 84-10 du 14 janvier 1984 sus-visé, créées exclusivement à deux niveaux institutionnels de l'Administration.

Les commissions de recours des administrations centrales sont instituées auprès du Ministre concerné et présidées par le Ministre ou son représentant. Elles sont compétentes pour examiner les recours formés par les agents de l'Administration centrale et des établissements publics nationaux, ainsi que les agents des services déconcentrés. Dont la gestion de la carrière est centralisée. Les commissions de recours des wilayas sont instituées auprès du wali et présidées par le wali au son représentant. Elles sont compétentes pour examiner les recours formés par les agents des services de la wilaya de la commune, des établissements publics à caractère administratif, ainsi qu'aux agents relevant des services déconcentrés, dont la gestion n'est pas centralisée.

**2. 2 Renouvellement des commissions de recours :** Le renouvellement des commissions de recours doit s'effectuer impérativement après le renouvellement des commissions paritaires et en tout état de cause dans un délai qui ne peut excéder un mois après la mise en place des commissions paritaires.

Dans le cas où les commissions de recours ne sont pas renouvelées, les décisions prises par celles-ci sont nulles et de nul effet.

**3. 3 Prorogation du mandat des commissions de recours :** Le mandat des commissions de recours étant étroitement lié à celui de commissions paritaires, sa prorogation ne sera accordée qu'à la condition où le mandat des commissions paritaires a fait au préalable l'objet d'une prorogation.

Au regard de ce qui précède, je vous demande de bien vouloir prendre les dispositions nécessaires, en vue de veiller à la stricte application des prescriptions prévues par la présente circulaire, et d'en assurer une large diffusion

MADAME ET MESSIEURS LES CHEFS  
D'INSPECTIONS DE LA FONCTION PUBLIQUE

**Objet : Elaboration et adoption des plans annuels de gestion des ressources humaines au titre d'un nouvel exercice budgétaire.**

Réf: instruction n°1278 du 30 décembre 1995

J'ai l'honneur de vous rappeler que l'adoption des plans annuels de gestion des Ressources Humaines au titre d'un nouvel exercice budgétaire doit s'inscrire dans le cadre des dispositions réglementaires en la matière, notamment celles de l'instruction n°1278 DGFP du 30 décembre 1995. A cet effet, il vous appartient de veiller rigoureusement aux prescriptions suivantes:

1 - L'apurement préalable de l'ensemble des questions en suspens dans le cadre du contrôle à posteriori devra être effectué préalablement à l'adoption du nouveau plan de gestion des ressources humaines de toute Institution ou Administration Publique au sein de la Wilaya.

-A cet égard, l'ensemble des ampliations parvenues le cas échéant à l'Inspection de la Fonction Publique devront être soumises pour contrôle.

-Cette opération d'apurement devra concerner également l'application des décisions de régularisation de la situation administrative de fonctionnaires et agents publics, prises par les services centraux de la fonction publique.

-La liste nominative des fonctionnaires et agents publics devra faire l'objet d'un rapprochement avec l'état des postes budgétaires, en vue de s'assurer de la conformité entre les effectifs réels et les des postes budgétaires.

-Les personnels éligibles à la retraite au titre de exercice considéré devront être identifiés dans le tableau prévu à cet effet, dans le Plan de Gestion des Ressources Humaines.

2 - Les Institutions et Administrations Publiques ayant organisé des concours, examens ou tests professionnels au cours de l'exercice budgétaire précédent qui n'ont pas été finalisés par l'établissement du procès –verbal de déclaration définitive des résultats dûment visé par les services de la fonction publique, ne pourront pas réinscrire les mêmes concours, examens ou tests professionnels au titre du nouvel exercice budgétaire.

3 - Les demandes de transformation, création ou renouvellement des postes budgétaires ayant reçu l'accord des services de la fonction publique et du budget, non finalisés dans les plans de gestion des ressources humaines de l'exercice budgétaire précédent, devront être recensées et adressées à la direction générale de la fonction publique (Direction de la régulation et des statistiques).

4 - Les Institutions et Administrations Publiques n'ayant pas fait adopter de plans de gestion lors de l'exercice budgétaire précédent ne pourront adopter le plan de gestion des ressources humaines pour le nouvel exercice budgétaire qu'après saisine de l'autorité de tutelle et accord préalable des services centraux de la Direction Générale de la Fonction Publique.

5 - Les plans annuels de gestion des ressources humaines des Institutions et Administrations Publiques devront être adoptés au plus tard le 15 Mars de l'année considérée, conformément à instruction n°1278 du 30 décembre 1995.

Tout dépassement de ce délai devra donner lieu à une demande d'accord de la Direction Générale de la Fonction Publique, sur saisine de l'autorité de tutelle de l'institution ou l'administration en question.

Vous voudrez bien me tenir informé de manière périodique de l'état d'avancement de cette opération, ainsi que de toute difficulté susceptible d'être rencontrée à ce sujet.

Je vous demande de veiller à la stricte application des prescriptions de la présente instruction et d'en assurer une large diffusion.



Monsieur Le Ministre délégué au budget  
Direction générale du budget

**Objet : A/S modification des plans de gestion des ressources humaines.**

**REFER:** - instruction interministérielle n°305 du 28 Mai 1995 fixant les relations fonctionnelles entre les services de la Direction Générale du budget et ceux de la Direction Générale de la Fonction Publique  
- instruction interministérielle n°1273 du 30 décembre 1995 relative à la création, la transformation et au renouvellement des postes budgétaires.

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que j'ai été saisi par certaines Institutions et Administrations Publiques à l'effet de procéder à la modification de leur plans de gestion des ressources humaines, suite à une nouvelle répartition des effectifs opérée par leur administration centrale sur la base des dispositions de l'instruction n° 2503 /DGB du 09 juin 1993 relative à la gestion des effectifs budgétaires. En effet l'instruction précitée permettait à l'ordonnateur principal de conserver des postes budgétaires à concurrence de 20% des effectifs théoriques inscrits et de les répartir au fur et à mesure des besoins exprimés par les services extérieurs en relevant.

Or cette procédure a été quasiment abrogée depuis l'entrée en vigueur du nouveau dispositif réglementaire relative à la gestion des ressources humaines consacré par le décret exécutif n° 95-126 du 29 avril 1995 et dont la finalité consiste particulièrement en la maîtrise et la régulation des effectifs de l'administration publique dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines.

Aussi, les ordonnateurs principaux sont désormais tenus de répartir la totalité des postes budgétaires inscrits, au titre de l'exercice budgétaire considéré, sur la base des besoins prévisionnels exprimés par les services extérieurs en dépendant et ce avant l'établissement des fascicules budgétaires les concernant.

Il y a lieu de préciser par ailleurs, que la procédure instituée par l'instruction n° 2503 /DGB du 09 juin 1993 précitée est en contradiction avec les dispositions de l'instruction interministérielle n°305 du 28 Mai 1995 sus visée qui dispose clairement en son titre III paragraphe 3 que les modifications dans la répartition des effectifs et dans la transformation des postes budgétaires en raison de leurs implications sur la structure des qualifications et des effectifs et par voie de conséquence sur le plan de gestion des ressources humaines initialement adopté, nécessitent une concertation préalable entre les services compétents de la fonction publique et ceux du budget.

Au regard de l'ensemble de ces considérations, les demandes de modification des plans de gestion des ressources humaines soumises, par les différentes Institutions et Administrations Publiques en dehors de la procédure établie par les instructions ministérielles n°305 et 1273 des 28 Mai 1995 et 30 décembre 1995 sus citées n'ont pas reçues l'accord de mes services.

En tout état de cause et afin de permettre une application harmonieuse de la réglementation en vigueur, je vous prie de bien vouloir instruire messieurs les Contrôleurs Financiers à l'effet de se conformer strictement aux dispositions des instructions interministérielles précitées pour toute dotation complémentaire de postes budgétaires intervenant en cours d'exercice à l'initiative des ordonnateurs principaux en direction des structures et établissements en relevant.

Veillez agréer, monsieur le directeur général, l'expression de ma parfaite considération.

**Instruction Interministérielle n°1895 du 29 Mai 1999 relative à la répartition des postes budgétaires dans le cadre de  
l'élaboration des plans de gestion des Ressources Humaines**

**Objet : Répartition des postes budgétaires.**

**Réf :** - Décret exécutif n°95.126 du 29 Avril 1995.

Instruction n°2503/DGB du 09 Juin 1993 relative à la gestion des effectifs budgétaires.

Instruction Interministérielle n° 305 du 28 Mai 12995 fixant les relations fonctionnelles entre les services du Budget et ceux de la Fonction Publique dans le cadre de leurs missions respectives de contrôle.

Instruction Interministérielle n° 1273 du 30 Décembre 1995 relative à la création, la transformation et le renouvellement des postes budgétaires.

Le dispositif réglementaire relatif à la gestion des ressources humaines, les modalités d'exercice du contrôle de conformité prévus par le décret exécutif n°95-126 du 29 Avril 1995 et l'instruction interministérielle n°305 du 8 Mai 1995 sus-visés, a consacré expressément la corrélation entre les plans annuels de Gestion des Ressources Humaines et les fascicules budgétaires établies au titre de l'année considérée pour chaque Institution et Administration Publique.

En conséquence de ce nouveau dispositif de gestion des effectifs et des postes budgétaires de l'administration publique, les prescriptions du paragraphe 5 de l'instruction n°2503 DGB du 9 Juin 1993 sus visée, permettant à 20% des effectifs théoriques inscrits et de les répartir au fur et à mesure en relevant sont abrogées.

Au regard de ce qui précède, les ordonnateurs principaux sont désormais tenus de procéder à la répartition de la totalité des postes budgétaires inscrits au titre de l'exercice budgétaire considérée, et ce, en fonction des besoins prévisionnels exprimés par les différents services extérieurs en dépendant.

Cette procédure sera finalisée par l'établissement des fascicules budgétaires des services concernés qui constituent le cadre de référence pour l'élaboration de leurs plans annuels de gestion des ressources humaines.

Toutefois, afin d'assurer une meilleure flexibilité dans la gestion des ressources humaines et en vue de répondre à des nécessités de service dûment justifiées, les ordonnateurs principaux peuvent à titre exceptionnel procéder au mouvement de postes budgétaires vacants inter-wilayas dans les conditions et selon les procédures établies en la matière.

Dans cet ordre d'idée, l'instruction n°305 du 28 Mai 1995 sus visée dispose clairement en son titre III paragraphe 3 que " les modifications dans la répartition des effectifs et dans la transformation des postes budgétaires, en raison de leurs implications sur la structure des qualifications et des effectifs et par voie de conséquence sur le plan de Gestion des Ressources Humaines initialement adopté, nécessitent une concertation préalable entre les services compétents de la Fonction Publique et ceux du Budget".

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations, les demandes de modification des Plans de Gestion des Ressources Humaines introduites par les différents Institutions et Administrations Publiques doivent impérativement s'inscrire dans le cadre des procédures prévues respectivement par les instructions interministérielles n°305 du 28 Mai 1995 et n°1273 DGFP/MDB du 30 Décembre 1995, sus visées.

Madame et Messieurs les Chefs d'Inspection de la Fonction Publique

**Objet : Etablissement d'un état semestriel relatif au contrôle à postériori des actes de gestion de la carrière des fonctionnaires et agents publics.**

**Réf :** Décret exécutif n°95-126 du 29 Avril 1995 modifiant et complétant le décret n°66-145 du 2 Juin 1966 relatif à l'élaboration et à la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires.

Le contrôle à postériori des actes réglementaires relatifs à la gestion de la carrière des fonctionnaires et agents publics, exercé par les services de la Fonction Publique; s'insère dans le souci d'assurer une amélioration constante de la qualité de la gestion des ressources humaines au sein des Institutions et Administrations Publiques.

Dans cet ordre d'idée, l'audit de la gestion des ressources humaines a été consacré dans le secteur de l'administration publique, en tant que méthode de diagnostic et d'évaluation, afin de situer les causes qui sont à l'origine des insuffisances constatées dans la gestion, et y remédier par des mesures appropriées et efficaces.

Aussi, au regard de ces considérations, le décret n°95-126 du 29 Avril 1995 sus-visé prévoit expressément dans son article 6 1<sup>er</sup> alinéa 3 et 4 que:

" le contrôle a postériori donne lieu à l'établissement, par les services de l'autorité chargée de la Fonction Publique, d'un rapport.

Ce rapport portant sur une évaluation précise de l'exécution du plan annuel de gestion de l'Institution ou l'administration Publique concernée, est adressée à l'ensemble des parties concernées, notamment l'autorité de tutelle et les services compétents du Ministre Chargé du Budget "

A cet égard, le rapport établi dans ce cadre établira une évaluation de la qualité de la gestion, fondée sur des données objectives et fiable résultat du contrôle à postériori.

En effet, toute évaluation en matière de gestion doit se traduire au plan formel par une sanction positive ou négative.

Cette évaluation sera établie à travers l'état semestriel relatif au contrôle à postériori sur la gestion de la carrière des fonctionnaires et agents publics, dont le modèle est joint en annexe.

A ce propos, l'article 6 quinte al.2 et 3 du décret exécutif n°95-26 du 29 Avril 1995 dispose que:

" La responsabilité de l'autorité ayant pouvoir de nomination demeure engagée pour toute décision irrégulière.

Celle-ci peut donner lieu à des poursuites pénales lorsqu'elle constitue une infraction prévue par le code pénal et/ou à des sanctions disciplinaires prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

Aussi, au regard de l'ensemble de ces considérations, l'exploitation des états semestriels donnera lieu à l'établissement d'une synthèse consolidée pour chaque secteur d'activité. Celle-ci fera alors l'objet d'une transmission à l'autorité de tutelle, accompagnée d'un rapport circonstancié et motivé sur les aspects réglementaires liés à la gestion des ressources humaines au sein des Institutions et Administrations Publiques relevant du secteur en question.

Au regard de ce qui précède, je vous demanderai de me communiquer les états semestriels prévus par la présente circulaire dans les dix (10) jours qui suivent l'échéance de chaque semestre.

ETAT SEMESTRIEL RELATIF AU CONTRÔLE A POSTERIORI DES ACTES  
 DE GESTION DE LA CARRIERE DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS PUBLICS  
 Intitulé de l' I A P  
 Concernée (1)  
 Date d'adoption du plan de Gestion des Ressources Humaines (2) : .....

Identification des actes non conformes soumis à révision objet n°.....date.....	Nature de l'irrégularité	Identification des actes non révisés après notification par les services de la Fonction Publique	Identification des ampliions non notifiés (objet n°.....date.....)	Identification des décisions d'ouverture de concours, examens ou tests professionnels non conformes	Nature de l'irrégularité	observations sur la qualité de la gestion des ressources humaines

**Décret exécutif n° 95-126 du 29 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 29 avril 1995, modifiant et complétant le décret n° 66-154 du 2 juin 1966, modifié, relatif à l'élaboration et la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires**

Le chef de Gouvernement,

Vu la Constitution : notamment ses articles 81-4 et 116 alinéa,

Vu la plate forme : portant consensus national sur la période transitoire

Vu le décret présidentiel n° 94-92 du 11 avril 1994, portant nomination des membres du Gouvernement,

Vu le décret n° 63-145 du 3 juin 1963 à l'élaboration et publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant des fonctionnaires modifiés ;

Vu le décret n° 85 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques et l'ensemble des textes pris pour son application ;

Vu le décret exécutif n° 90-226 du 25 juillet 1990, fixant les droits et obligations des travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat ;

**Décrète:**

**Article 1<sup>er</sup>** : le présent décret a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions du décret n° 66-145 du 2 juin 1966 sus visé.

**Article 2** : L'article 6 du décret n°66-145 du 2 juin 1966 sus visé est modifié ainsi qu'il suit :

L'ensemble des actes individuels se rapportant à la gestion des carrières des fonctionnaires et agents publics de l'Etat sont dispensés du visa préalable de l'autorité chargée de la fonction publique.

Ces actes sont pris par l'autorité investie du pouvoir de nomination, et sont publiés dans les conditions et selon les modalités qui seront fixées par voie réglementaire.

**Article 3** : Les dispositions du décret n° 66-145 du 2 juin 1966 sus visé sont complétées par les articles 6 bis1, bis2 et bis4 suivants :

**Article 6 bis 1** : Dans le cadre de la gestion des carrières des fonctionnaires et agents publics de l'Etat prévus à l'article 6 ci-dessus, les institutions et administrations publiques sont tenues d'établir un plan annuel de gestion des ressources humaines, en fonction des disponibilités budgétaires et des dispositions statutaires et réglementaires en vigueur.

Le plan de gestion prévu à l'alinéa précédent a pour objet d'arrêter les opérations devant être réalisées au cours de l'année budgétaire et notamment celles relatives :

Aux recrutements

Aux promotions

A la formation, perfectionnement et recyclage

Aux mises à la retraite.

Le plan de gestion est arrêté conjointement par l'institution ou l'administration concernée et les services de l'autorité chargée de la fonction publique des la détermination des effectifs budgétaires et ce préalablement à sa mise en œuvre.

Le plan de gestion est complété ou modifié dans les mêmes formes et procédures.

**Article 6 bis 2** : Dans le cadre de leur attributions, les services relevant de l'autorité chargée de la fonction publique exercent un contrôle à posteriori sur l'exécution du plan de gestion et sur la légalité des actes individuels pris dans ce cadre.

A ce titre, ils sont habilités à procéder à toute vérification sur pièces et ou sur place d'une manière inopinée ou après notification. A cet effet les services relevant de l'autorité chargée de la fonction publique peuvent demander la communication humaine de l'institution ou de l'administration publique concernée.

Le contrôle à posteriori prévu ci-dessus donne lieu à l'établissement par les services de l'autorité chargée de la fonction publique d'un rapport.

Ce rapport portant sur une évaluation précise de l'exécution du plan de gestion annuel de l'institution ou de l'administration publique concernée est adressé à l'ensemble des parties concernées notamment l'autorité ayant pouvoir de nomination, l'autorité de tutelle et les services compétents du Ministre chargé du budget.

**Article 6 bis 3** : Les services relevant de l'autorité chargée de la fonction publique sont obligatoirement rendus destinataires d'une ampliation de toutes décisions se rapportant à la gestion des carrières des fonctionnaires et agents publics de l'Etat, notamment celles relatives aux recrutements dans les emplois publics et aux promotions et ce dans un délai de dix (10) jours qui suit la date de signature des dites décisions,

**Article 6 bis 4** : Sous réserve des dispositions de l'article 6 bis 5, ci-dessous, cette procédure n'est pas suspensive de l'exécution des décisions concernées.

Toutefois la responsabilité de l'autorité ayant pouvoir de nomination demeure engagée pour toute décision irrégulière.

Celle ci peut donner lieu à des poursuites pénales lorsqu'elle constitue une infraction prévue par le code pénal et ou à des sanctions disciplinaires prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 6 bis 5** : Les services relevant de l'autorité chargée de la fonction publique sont tenus de faire procéder à la révision par l'autorité concernée de toute décision contraire aux dispositions statutaires et réglementaires en vigueur.

Dans ce cadre l'institution ou l'administration publique ayant fait l'objet d'une saisine, par les services relevant de l'autorité chargée de la fonction publique doit procéder impérativement à la suspension des effets de la décision concernée et à sa révocation en conformité avec les dispositions statutaires et réglementaires en vigueur.

A cet effet les services relevant de l'autorité chargée de la fonction publique sont rendus obligatoirement destinataires d'une ampliation de la nouvelle décision qui se substitue droit à la décision initiale avec tous les droits qui lui sont attachés.

La nouvelle décision prend effet à compter de la date de saisine de l'institution ou d'administration publique contrôlée par les services relevant de l'autorité chargée de la fonction publique.

Les services de l'autorité chargée de la fonction publique peuvent en tant que de besoin procéder en relation avec le comptable public de l'institution ou de l'administration publique concernée à l'établissement d'un point de situation sur l'exécution des demandes de révision formulées conformément à l'alinéa ci dessus.

**Article 4** : Les actes individuels relatifs à la carrière des travailleurs exerçant une fonction supérieure.

**Article 5** : Nonobstant les dispositions de l'article 6 ci-dessus à titre transitoire les actes de gestion des personnels relevant de l'administration communale demeurent soumis au visa préalable de contrôle de légalité relevant des services de la fonction publique jusqu'à la date du 31 décembre 1996 ;

**Article 6** : Des instructions de l'autorité chargée de la fonction publique préciseront en tant que de besoin les modalités d'application des dispositions du présent décret ;

**Article 7** : Les dispositions du décret n°81-114 du 5 juin 1981 et les dispositions du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 sus visé contraires à celles du présent décret sont abrogées.

**Article 8** : Le présent décret prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1995 et sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire. Fait à Alger, le 29 avril 1995

**MOKDAD SIFI**

Ministère des Finances

Services du Chef du Gouvernement

**MADAME ET MESSIEURS LES MEMBRES DU GOUVERNEMENT**

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 1273 DU 30 DECEMBRE 1995 RELATIVE A LA CREATION, LA TRANSFORMATION ET AU RENOUELEMENT DES POSTES BUDGETAIRES**

**OBJET:** Modalités de transformation et de renouvellement des postes budgétaires

REF : - Décret exécutif n° 95-126 du 29 Avril 1995 modifiant et complétant le décret n°66-145 relatif à l'élaboration et à la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires.

- Instruction n° 240 DGFP du 27 Mai 1995 relative aux modalités d'application des dispositions du décret exécutif n° 95-126 du 29 Avril 1995 modifiant et complétant le décret n°66-145 relatif à l'élaboration et à la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires.

- Instruction n° 305 du 28 mai 1995 fixant les relations fonctionnelles entre les services de la Direction Générale du Budget et ceux de la Direction Générale de la Fonction Publique dans le cadre de leurs missions respectives de contrôle.

Les plans annuels de gestion des ressources humaines institués par le décret exécutif n° 95-126 du 29 Avril 1995 susvisé constituent pour les responsables chargés de la gestion des ressources humaines dans les Institutions et Administrations Publiques un véritable instrument de gestion prévisionnelle.

Les plans annuels en question peuvent évidemment après leurs adoptions faire l'objet de modifications à la suite notamment de la création, de la transformation ou du renouvellement des postes budgétaires.

Dans le souci d'harmoniser la procédure de création, de transformation ou de renouvellement des postes budgétaires et en vue de préciser les conditions de concertation préalable prévues par l'instruction interministérielle n° 305 du 28 Mai 1995 sus-visée, la présente instruction a pour objet de définir les modalités et la procédure y afférente.

**I- Création de postes budgétaires**

En application des termes contenus dans la circulaire n° 25 du 21 Novembre 1995 de Monsieur le Chef du Gouvernement relative à la rigueur budgétaire et la maîtrise des dépenses des personnels. L'ouverture des postes budgétaires en cours d'exercice ne peut s'effectuer que pour des motifs de réorganisation de structures, de modification d'attribution ou pour toutes autres raisons impérieuses de service dûment justifiées. Il peut s'agir en l'espèce de nouveaux effectifs à mettre suite à la création de structures nouvelles et des intégrations intervenant au cours de l'année.

En outre, cette opération est conditionnée par l'existence de crédits correspondants conformément à l'article 151 alinéa 1<sup>er</sup> de la loi des finances pour 1993 qui dispose « les créations ou transformations d'emplois en cours d'année ne pourront être effectuées qu'après que les effectifs nécessaires auront été dégagés ».

Pour ce qui concerne les fonctions supérieures, les postes correspondants sont ouverts directement par la Direction Générale de la Fonction Publique émettant un avis avant l'adoption du texte afférent à la création desdites fonctions supérieures.

**II- Transformations des postes budgétaires**

La transformation des postes budgétaires doit s'effectuer en conformité avec les dispositions de l'article 151 alinéa 3 de la loi de finances 1993 disposant que « l'opération ne pourra en aucun cas se traduire par une création d'emplois de catégorie inférieure à ceux qui auraient été supprimés » d'une part et, dans le strict respect de l'instruction n° 2503 MDB/DGB du 09 Juin 1993 complétée par l'instruction n° 2603 du 04 Juillet 1994 relative à la gestion des effectifs budgétaires, qui prescrit notamment aux ordonnateurs de ne pas procéder à plus de deux opérations par an, d'autre part.

En outre, aucune transformation de postes supérieures prévus par les textes portant organisation des Institutions et Administrations Publiques ou par les statuts particuliers des personnels concernés, ne peut s'effectuer en raison du caractère statutaire et réglementaires des postes en question.

Enfin, les dispositions de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 151 de la loi de finances pour 1993 précitées s'appliquent également pour les transformations de postes.

### III- Renouveaulement ou reconduction de postes budgétaires

Pour permettre la rationalisation des effectifs et l'amélioration constante de la structure des qualifications dans les Institutions et Administrations Publiques, la règle consistant en le renouvellement ou la reconduction systématique des postes budgétaires devenus vacants en cours d'exercice n'est admise que dans l'une des situations suivantes :

- Mutation
- Mise en position de service national
- Congé de longue durée

Les postes libérés dans ce cadre sont obligatoirement réservés aux recrutements externes ou, le cas échéant à la promotion par voie d'examen professionnel.

Pour les autres situations (exemples : Démission, Licenciement, Révocation, Décès, etc....) les postes budgétaires devenus vacants sont systématiquement supprimés.

Toutefois pour des raisons impérieuses de service dûment justifiées, la reconduction de certains postes budgétaires pourrait être envisagée lors de la modification de plans annuels de gestion dans conditions et selon les modalités prévues à cet effet, et après accord conjoint des services de la Direction Générale du Budget et ceux de la Direction Générale de la Fonction Publique.

Par ailleurs, afin de permettre la régulation des effectifs et leurs adéquation avec les besoins réels des Institutions et Administrations Publiques, l'instruction interministérielle n° 305 du 28 mai 1995 sus-visée a prévu une procédure de concertation entre les services de la Direction Générale du Budget et ceux de la Direction Générale de la Fonction Publique.

Dans le souci de consolider ce cadre de concertation et afin de lui conférer une plus grande cohérence, toute demande de création, de transformation ou de renouvellement de postes budgétaires devra être adressée préalablement aux services centraux de la Direction Générale de la Fonction Publique qui se prononceront sur l'opportunité de l'opération à partir de données disponibles dans les plans annuels de gestion des ressources humaines.

L'accord préalable de la Direction Générale de la Fonction Publique sera notifié aux services de la Direction Générale du Budget qui émettront un avis définitif sur la proposition en question.

En tout état de cause, aucune création, transformation ou renouvellement de postes budgétaires ne pourra s'effectuer sans l'accord de ces deux institutions.

Une fois ces procédures finalisées, la modification du plan annuel de gestion des ressources humaines de l'Institution ou l'administration Publique concernée pourra être opérée.

En outre et conformément aux dispositions de l'instruction n° 2503 MDB/DGB du 09 juin 1993 relative à la gestion des effectifs budgétaires, la création, la transformation ou le renouvellement de postes budgétaires ne peut intervenir au delà du 31 Octobre de l'année budgétaires considérée et ce en raison des exigences liées à la bonne gestion des ressources humaines.

Compte tenu de ce qui précède et nonobstant les termes de l'instruction n° 240 DGFP du 27 Mai 1995 susvisée, la modification des plans annuels de gestion des ressources humaines devra s'effectuer dans les mêmes formes et conditions telles que prévues par la réglementation en vigueur.

Par ailleurs en application des dispositions de l'instruction n° 305 du 28 Mai 1995 susvisée, la détermination des effectifs budgétaires des Institutions et Administrations Publiques et examinée conjointement entre les services de la Direction Générale du Budget et ceux de la Direction Générale de la Fonction Publique avant la préparation du nouvel exercice budgétaire avec les Institutions et Administrations Publiques concernées qui devront envoyer les documents y afférents au plus tard le 15 Mai de chaque au deux institutions.

Enfin, messieurs les ordonnateurs sont tenus de se rapprocher des services compétents de la Direction Générale du Budget pour l'approbation des fascicules budgétaires des Institutions et Administrations Publiques dès la promulgation de la loi de finances et les textes d'application, en vue de permettre l'élaboration et l'adoption des plans annuels de gestion des ressources humaines par les services de la Fonction Publique au plus tard le 15 Février de l'exercice considéré.

Dans ce cadre, les services de la Direction Générale du Budget devront diligenter la transmission d'un exemplaire de chaque fascicule budgétaire dûment approuvé aux services de la Fonction Publique.

Vous voudrez bien veiller à la stricte application des prescriptions de la présente instruction.

P/ Le Ministre des Finances  
Le Ministre délégué au Budget

**Ali BRAHITI**

P/Le Chef du Gouvernement  
Le Directeur Général de la Fonction Publique

**Djamel KHARCHI**

A  
MADAME ET MESSIEURS LES CHEFS  
D'INSPECTIONS DE LA FONCTION PUBLIQUE

**Objet :** interprétation des textes de la fonction publique.

Réf : - Ordonnance N° 62.041 du 18 septembre 1962 relative à l'application de certains textes.

- Décret exécutif n° 96-212 du 15 juin 1996 fixant les attributions du ministre délégué, chargé de la réforme administrative et de la fonction Publique.

j'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en vertu de l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 62-041 du 18 septembre 1962 et de l'article 3 du décret exécutif n° 96-212 du 15 juin 1996 sus visés ; les difficultés qui naissent de l'application du statut général de la Fonction Publique, des statuts particuliers, des conventions de coopération technique et de tous autres textes relatifs aux personnels des administrations publiques, ainsi que ceux relatifs aux régime des traitements et de l'octroi d'indemnités de toute nature doivent être soumises à la Direction Générale de la Fonction Publique pour décision.



Messieurs les Directeurs chargés  
de la Gestion des Ressources Humaines des Ministères  
En Communication à : Messieurs les Walis  
Madame et Messieurs les Chefs  
D'inspection de la Fonction Publique

**OBJET : Propositions statutaires des modes de recrutement**

REFER : Lettre circulaire n° 8605/DGFP du 06 Novembre 1991

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la lettre circulaire sus-visée a déterminé le mode de calcul des propositions fixés par les statuts particuliers pour les différents modes de recrutement notamment, dans le cas où le nombre de postes à pouvoir est soit inférieur à 10 soit non multiple de 10.

A cet égard, mon attention a été attirée sur certaines difficultés nées de la mise en œuvre des dispositions de la lettre circulaire précitée notamment en ce qui a fait trait à l'affectation des reliquats des postes budgétaires.

Aussi, pour aplanir ces difficultés d'une part et assurer une application harmonieuse et cohérente des propositions statutaires de recrutement d'autre part, il convient de procéder à la répartition des postes budgétaires à pouvoir sur la base d'une stricte application des dispositions prévues par les statuts particuliers concernant les taux réservés aux différents modes de recrutement.

Les reliquats de pourcentages qui résultent de la mise en œuvre de cette opération seront affectés comme suit :  
Dans le cas où le reliquat est égal ou supérieur à 0,5 celui-ci est porté à un poste et sera ajouté à la voie de recrutement ayant dégagé ce reliquat.

Dans le cas où le reliquat est inférieur à 0,5 celui-ci est supprimé de la voie de recrutement ayant dégagé ce reliquat.

A titre d'exemple, lorsque le nombre de postes budgétaires vacants est de 9 postes, ces derniers seront répartis conformément aux pourcentages statutaires suivants :

30% pour l'examen professionnel..... soit..... 2,7 postes (reliquat 0,7)

10% pour la promotion au choix .....soit.....0,9 poste (reliquat 0,9)

5% pour la qualification professionnelle..soit..0,45 poste (reliquat 0,45)

le reliquat de la fraction décimale restant pour chaque voie de recrutement sera affecté ainsi qu'il suit :

le reliquat de 0,7 restant du mode de recrutement par voie d'examen professionnel, étant supérieur à 0,5 sera porté à 1 poste et sera ajouté aux 2 postes affectés initialement à ce mode de recrutement qui passera ainsi à 3 postes à pouvoir.

Le reliquat de 0,9 restant du mode de recrutement par voie de promotion au choix étant supérieur à 0,5 sera porté à 1 poste et sera affecté à ce mode de recrutement qui sera ainsi de 1 poste à pouvoir.

Le reliquat de 0,45 restant du mode de recrutement par voie de qualification professionnelle étant inférieur à 0,5 ne sera pas pris en considération. Par conséquent aucun poste ne sera affecté à ce mode de recrutement.

Le reste des postes :  $9 - (2,7 + 0,9 + 0,45) = 4,95$  – soit 5 postes seront réservés au recrutement externe (concours sur titre, ou sur épreuves).

Il reste entendu qu'il y'aura lieu de veiller scrupuleusement au respect des propositions des modes de recrutement tels que prévus dans les statuts particuliers régissant les différents corps de fonctionnaires.

Je vous saurai gré des instructions que vous voudrez bien donner à vos services gestionnaires pour la stricte application des prescriptions de la présente lettre circulaire.

## الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

مصالح الوزير المنتدب لدى رئيس الحكومة  
لمكلف بالإصلاح الإداري و لتوظيف العمومي

الجزائر 22 ماي 1999

رقم 1908 / م.ت.ر.ح / م.ف.ت.م / 99 /

MONSIEUR LE CHEF D'INSPECTION  
DE LA FONCTION PUBLIQUE DE LA WILAYA  
DE TLEMCEEN

**Objet : A/S Proportions des modes de recrutements.**

**Réfé:** Envoi n°392 du 28 Avril 1999.

Par envoi visé en référence, vous avez bien voulu me demander des éclaircissements au sujet des modalités d'application de la circulaire n°133 du 30 mars 1999 relative aux proportions statutaires des modes de recrutement. L'on me signale à ce sujet que vous rencontrez des difficultés quant à l'application de la circulaire précitée notamment dans le cas où il existe, 7,5 et 8 postes budgétaires vacants.

En réponse, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance que la démarche à suivre est fixée comme suit :

Nombre de postes budgétaires	Recrutement externe	Examen professionnel	Promotion au choix	Qualification professionnelle
4	3	1	0	0
5	3	1	1	0
8	5	2	1	0

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

مصالح الوزير المنتدب لدى رئيس الحكومة  
لمكلف بالإصلاح الإداري و لوظيف العمومي  
\*\*\*\*\*

لمديرية لعامة للوظيف العمومي

MADAME ET MESSIEURS LES CHEFS  
D'INSPECTION DE LA FONCTION PUBLIQUE

**Objet :** *A/S Proportions de recrutement*

Réf: Lettre circulaire n°133 du 20 Mars 1999  
- Mon envoi n° 1908 du 22 Mars 1999.

Additionnellement à mes envois sus-cités en référence, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance que les Institutions et Administrations Publiques peuvent privilégier le mode de recrutement qui leur convient dans le cas où ces dernières ne disposent que d'un seul poste budgétaire vacant. Toutefois, il appartient à l'Institution ou l'administration concernée de demander l'avis de la commission paritaire compétente à l'égard du corps ou grade pour quel est réservé le poste budgétaire.

## الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

مصالح الوزير المنتدب لدى رئيس الحكومة  
المكلف بالإصلاح الإداري و لتوظيف العمومي  
الجزائر في 17 ماي 1998

N° 262/SP/DGFP/98 17 MAI 1998

Madame et Messieurs les Chefs d'Inspection  
De la Fonction Publique

### **OBJET : Recrutement dans les emplois publics.**

J'ai l'honneur de vous faire connaître que mes services ont été saisis à plusieurs reprises par des fonctionnaires qui ont été recrutés dans des grades inférieurs à leur niveau de qualifications, et qui sollicitent la révision de leur situation administrative, en vue de leur nomination dans un grade correspondant à leur niveau de qualification réel.

A titre d'exemple, des fonctionnaires titulaires de licences ou de diplômes d'ingénieurs sont recrutés selon le cas, sur des grades d'Assistants Administratifs ou même parfois d'ouvriers professionnels, aux lieu et place du grade auquel ils devraient avoir accès, compte tenu de leur niveau de formation.

Aussi, et afin d'éviter à l'avenir le renouvellement de pareilles situations et dans le souci de préserver le principe d'égal accès aux emplois publics, je vous rappelle que les recrutements dans les divers corps et grades de la Fonction Publique doivent s'effectuer, d'une part dans des corps ou grades correspondant effectivement au niveau de qualification des candidats et d'autres par, selon les modalités prévues par les statuts particuliers en vigueur.

Au regard de ce qui précède, je vous serais obligé des dispositions que vous voudrez bien prendre, en vue de veiller à la stricte application de la présente lettre circulaire.

Dans cet ordre d'idée, un fonctionnaire ayant obtenu une licence en cours d'activité peut être promu au grade d'Assistant administratif principal.

Enfin, il est nécessaire de rappeler que lorsque les statuts particuliers subordonnent l'accès au grade de promotion à une formation spécialisée, la nomination du fonctionnaire ne peut s'effectuer qu'au terme de cette formation.

Vous voudrez bien veillez à la stricte application des termes de la présente lettre – circulaire.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

Services du Chef du Gouvernement  
Direction Générale de la Fonction Publique

29 juillet 2000

MESSIEURS LES DIRECTEURS CHARGES DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DES MINISTERES  
EN COMMUNICATION A MADAME ET MESSIEURS LES CHEFS D'INSPECTION DE LA FONCTION PUBLIQUE

**Objet : Authentification des titres et diplômes.**

Mon attention a été attirée sur certaines anomalies qui entachent parfois les certificats de scolarité, ainsi que des titres et diplômes présentés par des candidats devant participer à des concours, pour l'accès aux emplois publics.

A cet égard et afin de garantir l'entière probité des dossiers administratifs constitués dans ce cadre, il sera dorénavant exigé la présentation de la copie certifiée conforme à l'original du certificat de scolarité, ainsi que de tout titre ou diplôme.

Les documents précités devront systématiquement faire, à la diligence de l'administration détentrice du dossier de recrutement après concours d'une procédure d'authentification auprès des établissements de formation ayant délivré les documents en question.

Les services de la Fonction Publique seront rendus obligatoirement destinataires des copies des demandes d'authentification engagés par les Institutions et Administration Publiques concernées, ainsi que des réponses obtenues.

Par ailleurs, dans le cadre de leur mission de contrôle et d'audit, les services de la Fonction Publique devront faire périodiquement en relation avec les Institutions et Administrations Publiques concernés, un point de situation sur la réalisation de ces opérations de vérification, et procéderont à des rapprochements avec les listes nominatives afférentes aux recrutements effectués.

Au regard de ce qui précède, je vous demande de bien vouloir prendre toutes dispositions que vous jugerez utiles, en vue d'assurer la stricte application de la présente lettre circulaire.

Par ailleurs, vous voudrez bien veiller à sa large diffusion auprès des Institutions et Administrations Publiques relevant de votre département ministériel.

N° 213/SP/DGFP/98

Madame et Messieurs les Chefs d'Inspection  
de la Fonction Publique

**OBJET : Nomination de fonctionnaire à un grade supérieur**

**REF** : Circulaire N° 1710/DGFP/96 du 05 novembre 1996 relative à la nomination des fonctionnaires à un grade supérieur.

Il m'a été donné de constater que la circulaire n° 1710 / DGFP du 05 novembre 1996 sus visée a fait l'objet de diverses interprétations en ce qui concerne les fonctionnaires ayant obtenu une licence ou titre équivalent en cours d'activité et qui peuvent prendre à une promotion à un grade supérieur.

Aussi, et en vue d'assurer une application harmonieuse et uniforme de la circulaire en question,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la promotion des fonctionnaires concernés ne peut s'effectuer qu'au grade correspondant au titre ou diplôme en question. Dans cet ordre d'idée, un fonctionnaire ayant obtenu une licence en cours d'activité peut être promu au grade d'assistant administratif principal.

Enfin, il est nécessaire de rappeler que lorsque les statuts particuliers subordonnent l'accès au grade de promotion à une formation spécialisée, la nomination du fonctionnaire ne peut s'effectuer qu'au terme de cette formation.

Vous voudrez bien veillez à la stricte application des termes de la présente lettre – circulaire.

N° 515/SP/DGFP/98 28/11/99

MADAME ET MESSIEURS LES CHEFS  
D'INSPECTION DE LA FONCTION PUBLIQUE

**OBJET : Détachement de fonctionnaires dans un autre grade**

REF : Décret N° 85-59 du 23 Mars 1985 portant statut type des travailleurs des Institutions et Administrations Publiques.

Il m'a été donné de constater que les dispositions de l'article 94 alinéa 3 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé relatives aux modalités de détachement des fonctionnaires appartenant aux corps communs vers les corps spécifiques et vice versa, font l'objet de diverses interprétations dans leur application.

Aussi, dans le souci d'assurer une application harmonieuse et uniforme de l'article en question, j'ai l'honneur de vous rappeler que le détachement d'un fonctionnaire d'un grade vers un autre grade, ne peut s'effectuer que dans un grade d'accueil équivalent au niveau de qualification dans le grade d'origine.

Dans cet ordre d'idée, un fonctionnaire relevant d'un grade des corps communs ne peut faire l'objet d'un détachement vers un grade relevant des corps spécifiques, lorsque l'accès à ce grade est subordonné à une formation spécialisée.

A titre d'exemple, le détachement d'un administrateur dans le grade des inspecteurs principaux des finances ou d'un assistant administratif dans le grade des inspecteurs des postes et télécommunications ne peut s'effectuer, en raison de la formation spécialisée requise pour l'accès au grade considéré.

Par contre, lorsqu'il s'agit du détachement d'un fonctionnaire relevant d'un grade des corps spécifiques, vers un grade relevant des corps communs, la mesure est subordonnée à la compatibilité entre le profil du grade d'origine de l'intéressé et celui du grade d'accueil.

A titre d'exemple, un intendant ou un inspecteur Principal des Impôts peut être détaché dans le grade des Administrateurs, en raison de la similitude du diplôme de base exigé pour l'accès au grade d'Intendant, d'Inspecteur Principal des Impôts et d'Administrateur (Licence en Droit, en Sciences Economiques ou Financières).

Il convient de préciser que le détachement dans le grade ne peut s'effectuer que dans la proportion de 10 % de l'effectif du corps d'origine et ce, conformément aux dispositions de l'alinéa 3 de l'article 94 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985, susvisé.

Il y a lieu de rappeler enfin qu'un agent stagiaire ne peut bénéficier d'un détachement dans un autre grade et ce, conformément à l'article 43 du décret sus-mentionné.

Au regard de ce qui précède, je vous demande de bien vouloir prendre les dispositions nécessaires, en vue de veiller à la stricte application de la présente lettre circulaire, dont vous en assurez une large diffusion.

## الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

مصالح الوزير المنتدب لدى رئيس الحكومة  
لمكلف بالإصلاح الإداري و لوظيف العمومي  
الجزائر في 10 نوفمبر 1998

N° 480/SP/DGFP/98 1998/11/10

Madame et Messieurs les Chefs d'Inspection  
de la Fonction Publique

**OBJET : Recrutement d'agents vacataires.**

**REF :** Arrêté interministériel du 22 Février 1993 fixant les conditions d'emploi et de rémunération des personnels vacataires dans les Institutions et Administrations Publiques.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il m'a été donné de constater que le recrutement des agents vacataires au niveau de certaines Institutions et Administrations Publiques, ne s'effectue pas conformément aux conditions prévues par l'arrêté interministériel du 22 Février 1993 susvisé.

A ce titre, il y a lieu rappeler que les agents vacataires ne peuvent être recrutés que parmi les agents ayant un niveau de qualification correspondant aux activités de service, se situant dans les catégories 4 à 7.

Or, malgré l'existence de ce cadre réglementaire qui ne prête à aucune équivoque, certains agents ayant des niveaux de qualification correspondant à des activités de maîtrise ou d'encadrement, ont été recrutés à titre de vacataires.

A titre d'exemple, des ingénieurs, médecins généralistes, ont été recrutés en qualité de vacataires, ce qui constitue une grave transgression des dispositions réglementaires en la matière.

Aussi, dans le souci d'apurer cette situation, je vous demande de procéder à un recensement exhaustif des cas en question et prendre les mesures qui s'imposent pour y mettre un terme définitif.

Vous voudrez bien me rendre compte de l'exécution des prescriptions de la présente lettre circulaire et me tenir informé de toute difficulté rencontrée à ce sujet.



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**Services du Ministre Délégué  
auprès du Chef du Gouvernement  
chargé de la Réforme Administrative  
et de la Fonction Publique**

**Ministère des Finances  
Services du Ministre Délégué au Budget**

A Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement  
Messieurs les Walis  
Messieurs les Présidents d'APC  
En communication à Madame et Messieurs  
Les Chefs d'Inspection de la Fonction Publique  
Messieurs les Contrôleurs Financiers  
Messieurs les Receveurs des Contributions Diverses

**Objet : Recrutement d'agents contractuels et vacataires**

**Réf :** - Circulaire n°8200/424/DG/DGFP du 17 Août 1992 fixant les modalités d'application des dispositions du décret exécutif n° 92-150 du 14 Avril 1992 portant intégration des agents contractuels et vacataires exerçant la durée légale de travail.

Arrêté Interministériel du 22 Février 1993 fixant les conditions d'emploi et de recrutement des personnels vacataires dans les IAP.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que mon attention a été attirée sur le non respect des dispositions réglementaires relatives aux modalités de recrutement des agents contractuels et vacataires, prévues par la circulaire et de l'arrêté interministériel sus visés.

A cet égard, il y a lieu de rappeler que conformément aux dispositions de la circulaire n° 8200/424/DG/DGFP sus visée, le recrutement d'agents contractuels ne peut s'effectuer qu'après l'accord respectif centraux de la Fonction Publique et du Budget.

Par ailleurs, l'arrêté interministériel de 22 février 1993 précité, limite le recrutement des agents vacataires pour l'occupation des seuls emplois de femme de ménage, de manœuvre de travaux ordinaires et gardien.

Or, malgré l'existence de ces cadres réglementaires, les actes de nomination de certains agents contractuels ou vacataires, bien qu'établis en violation des dispositions réglementaires en vigueur, sont parfois avalisés par les services du contrôle financier ou du receveur des contributions diverses, selon le cas.

En effet, des agents contractuels sont recrutés sans l'accord des services de la Fonction Publique et du Budget.

De même, des agents ayant des niveaux de qualification correspondant à des activités de maîtrise ou d'encadrement, sont recrutés en qualité de vacataires.

A titre illustratif, des ingénieurs et des médecins généralistes, ont été recrutés en qualité de vacataires.

Aussi, afin d'éviter le renouvellement de telles situations qui constituent de graves transgressions de la réglementation en vigueur préjudiciables au bon fonctionnement de l'administration publique, il y a lieu de rappeler ce qui suit :

1. Les recrutements des agents, à titre contractuels, doivent obéir aux dispositions de la circulaire n° 8200/DG/DGFP du 17 Août 1992 sus visée.

2. Les agents vacataires recrutés pour occuper les postes de travail de manœuvre ordinaire et de femme de ménage ne peuvent être employés plus de cinq heures par jour ouvrable.

Ils sont rémunérés sur la base des taux horaires, incluant l'indemnité d'expérience professionnelle, conformément au barème annexé à l'arrêté interministériel du 14 janvier 1992 modifiant celui du 25 décembre 1990 fixant, les taux horaires des agents vacataires.

Les agents vacataires recrutés pour occuper les postes de travail de gardien et effectuant la durée légale de travail bénéficient d'une rémunération calculée sur la base des dispositions de l'article 4 de l'arrêté interministériel du 19 mars 1989 fixant les conditions de rémunération des personnels vacataires employés dans le secteur des institutions et administrations publiques.

Le recrutement des agents vacataires en qualité de gardien s'effectue dans la limite des effectifs arrêtés conjointement par les services de la Direction Générale du Budget et l'Administration concernée.

Les administrations centrales, les services déconcentrés en relevant, et les établissements publics ayant en charge l'accomplissement d'opérations ponctuelles de grande envergure peuvent obtenir des dérogations exceptionnelles de recrutement des personnels vacataires techniques et administratifs, dans les conditions fixées à l'article 6 de l'arrêté interministériel du 22 février 1993.

A cet égard, et dans le souci de l'amélioration de la gestion des ressources humains et de la maîtrise des effectifs au sein de l'Administration Publique, les services respectifs de la Fonction Publique et du Budget chargés du contrôle de conformité des actes de gestion des fonctionnaires et agents publics, devront veiller à rejeter systématiquement tout recrutement d'agents contractuels ou vacataires non conforme aux dispositions de la circulaire et de l'arrêté interministériel sus visés.

Par ailleurs, les administrations centrales, les services déconcentrés en relevant, et les établissements publics devront dorénavant notifier aux services centraux ou locaux de la Fonction Publique selon le cas, une ampliation des décisions de recrutement des personnels vacataires exerçant la durée légale de travail, selon les procédures et modalités prévues par le décret exécutif n°95-126 du 29 avril 1995 et notamment son article 6 ter, sus visé.

Il y a lieu de préciser que le recrutement de personnels contractuels de personnels contractuels au niveau de la commune est soumis à l'accord respectif des services de la Fonction Publique et du Budget, ainsi qu'à l'existence de postes budgétaires d'une part, et au visa préalable des décisions de nomination par les services de la Fonction Publique, d'autre part.

Pour ce qui concerne le recrutement des agents vacataires exerçant la durée légale de travail, au niveau de l'administration communale, les décisions de nomination sont subordonnées à l'existence de postes budgétaires, ainsi qu'au visa préalable des services de la Fonction Publique.

Vous voudrez bien prendre toutes les dispositions nécessaires, en vue d'assurer la stricte application des prescriptions contenues dans la présente instruction.

P/ Le Ministre Délégué Auprès  
du Chef du Gouvernement chargé  
de la Réforme Administrative  
et de la Fonction Publique

P/Le Ministre des Finances  
Le Directeur Général du Budget **A. SADOUDI**

**D. KHARCHI**

19 mai 1999

**ARRETE INTERMINISTERIEL DU 22 FEVRIER 1993**

**FIXANT LES CONDITIONS D'EMPLOI ET DE REMUNERATION DES PERSONNELS VACATAIRES DANS LES  
INSTITUTIONS ET ADMINISTRATIONS PUBLIQUES**

Le Chef du Gouvernement,

Le Ministre Délégué au Budget ;

Vu la loi n°78-12 du 05 Août 1978 relative au statut général du travailleur et l'ensemble des textes pris pour son application.

Vu la loi n° 81-03 du 21 Février 1981 fixant la durée légale du travail.

Vu le Décret n°85-59 du 23 Mars 1985 portant statut type des travailleurs des Institutions et Administrations Publiques.

Vu le Décret exécutif n°88-250 du 31 Décembre 1988 modifiant le Décret n°86-08 du 7 Janvier 1986 complétant le Décret n°85-03 du 5 Janvier 1985 fixant l'échelle nationale relative aux vacataires.

Vu l'Arrêté Interministériel du 14 Janvier 1992 modifiant celui du 25 Décembre 1990 fixant les taux horaires des agents vacataires ;

Vu l'Arrêté Interministériel du 7 Décembre 1992 fixant les conditions d'emploi et de rémunération des personnels vacataires dans des Institutions et Administrations Publiques.

**ARRETEMENT :**

**ARTICLE 1<sup>er</sup>** : Le présent Arrêté Interministériel a pour objet de fixer les conditions d'emploi et de rémunération des personnels vacataires dans les Institutions et Administrations Publiques.

**ARTICLE 2 :** Ne peuvent être recrutés en qualité de vacataires dans les Institutions et Administrations Publiques, que les agents destinés à occuper le poste de travail de :

- \* femme de ménage
- \* manœuvre de travaux ordinaires
- \* gardien

**ARTICLE 3 :** Les agents vacataires recrutés pour occuper le poste de Manœuvre ordinaire et de femme de ménage ne peuvent être employés plus de cinq (5) heures par jour ouvrable.

Ils sont rémunérés sur la base des taux horaires, incluant L'Indemnité d'expérience professionnelle, conformément au barème annexe à l'Arrêté Interministériel du 19 Mars 1989.

**ARTICLE 4 :** Les agents vacataires recrutés pour occuper le poste de Gardien et effectuant la durée légale de travail bénéficiant d'une rémunération calculée sur la base des dispositions de l'Article 4 de l'Arrêté Interministériel du 19 Mars 1989.

Le recrutement des agents vacataires en qualité de gardien d'effectue dans la limite des effectifs arrêtés conjointement par des services de la Direction Générale du Budget et d'Administration concernées.

**ARTICLE 5 :** Les agents Nonobstant des dispositions des Articles 2 et 3 ci-dessus, les Institutions, Administrations et Etablissements Publics, ayant en charge l'accomplissement d'opérations ponctuelles de grande envergure peuvent obtenir des dérogations exceptionnelles de recrutement des personnels vacataires techniques et Administratifs.

**ARTICLE 6 :** Les dérogations visées à l'Article 5 ci-dessus, et accordé pour une durée limitée, par décision conjointe de l'autorité chargée de la Fonction Publique et du Ministre chargé des Finances (Direction Générale du Budget).

**ARTICLE 7 :** Les personnes vacataires effectuant la durée légale de travail, recrutés antérieurement à la date de signature du présent arrêté, demeurant régis par les dispositions de l'Arrêté Interministériel du 18 Mars 1989. Ne peuvent être maintenus en cette qualité que des agents occupant un poste de travail classé, au plus, à la catégorie 11 Section 4.

**ARTICLE 8 :** Ne peuvent être recrutés en qualité de vacataires les agents bénéficiant d'une pension de retraite, y compris les agents visés à l'Article 7 ci-dessus.

Toutefois, les agents vacataires bénéficiant d'une pension de retraite en poste à la date de signature du présent arrêté, classés au plus à la catégorie 11 Section 4 peuvent être maintenus en activité.

Nonobstant, les dispositions de l'alinéa 1<sup>er</sup> du présent article, les agents bénéficiant d'une pension de retraite peuvent être recrutés en qualité de vacataire lorsqu'ils sont appelés à occuper le poste de gardien.

**ARTICLE 9 :** Sont abrogées toutes dispositions contraintes au présent arrêté et notamment les dispositions de l'arrêté Interministériel du 07 Décembre 1992 sus-visé.

**ARTICLE 10 :** Le présent Arrêté prend effet à compter de la date de sa signature.

P/ LE CHEF DU GOUVERNEMENT  
P/ LE MINISTRE DELEGUE ET PAR DELEGATION

LE DIRECTEUR GENERAL  
DU BUDGET

LE DIRECTEUR DE LA FONCTION PUBLIQUE

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE DU 26.12.1992 FIXANT LES INDEMNITES**

**ALLOUEES AU PERSONNEL VACATAIRE.**

La question a été posée de savoir quelles sont les indemnités auxquelles peuvent prétendre les agents vacataires employés dans les institutions publiques et administrations publiques.

Pour permettre de donner une suite utile à cette question, il est nécessaire de rappeler certains principes ayant précédé à l'institution de ce mode de recrutement.

Le recours au recrutement d'agents vacataires doit répondre aux objectifs suivants :

Réaliser des économies budgétaires, en permettant à l'administration de recourir au recrutement d'agents à titre temporaire, pour l'exécution de certaines tâches à durée limitée.

Eviter aux services gestionnaires les lenteurs que nécessitent les procédures réglementaires de recrutement d'agents appelés à la réalisation des tâches temporaires.

Compte tenu de la nature particulière de la relation de travail qui lie cette catégorie d'agents à l'administration les agents concernés ne sont pas soumis aux contraintes et sujétions au même titre que les fonctionnaires, en conséquence, ils ne peuvent au bénéfice de l'indemnité de sujétion.

S'agissant d'indemnité auxquelles peuvent prétendre les agents vacataires, il convient de distinguer entre les agents vacataires employés à l'heure et ceux effectuant la durée légale mensuelle de travail :

1°) – Agents vacataires effectuant la durée légale mensuelle de travail.

Ces agents ouvrent droit au bénéfice des avantages suivants :

Prime de rendement.

Indemnité de nuisance (dans le cas où le poste occupé est prévu par l'arrêté interministériel y afférent).

Indemnité de travail posté (dans le cas où le poste de travail est prévu par l'arrêté interministériel y afférent).

Indemnité de zone géographique (conformément à la réglementation en vigueur).

2°) – Agents vacataires employés à l'heure :

Cette catégorie d'agents bénéficie des indemnités à caractère familial à l'exécution de toutes primes et indemnités.

P/ LE CHEF DU GOUVERNEMENT  
LE DIRECTEUR GENERAL DE LA  
FONCTION PUBLIQUE

P/LE MINISTRE DELEGUE AU BUDGET  
LE DIRECTEUR GENERAL DU BUDGET

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

Service du Chef du Gouvernement

Direction Générale de la Fonction Publique

MADAME ET MESSIEURS LES CHEFS D'INSPECTION  
DE LA FONCTION PUBLIQUE

**Objet : Nomination à titre intérimaire aux postes supérieurs des Institutions et Administrations Publiques.**

Réf. Décret n°85-59 du 23 Mars 1985 portant statut type des travailleurs des Institutions et Administrations Publiques.

Le décret n°85-59 du 23 Mars 1985 sus-visé énoncé en son article 33 alinéa 2 le principe de la possibilité de désignation, à titre dérogatoire, de fonctionnaires en qualité d'intérimaire dans des postes supérieurs des Institutions et Administrations Publiques.

Cette mesure exceptionnelle doit évidemment répondre à des impératifs de service dûment avérés. De même que l'absence de fonctionnaires en activité remplissant les conditions d'ancienneté exigés pour la nomination aux postes supérieurs en question doit être dûment constatée.

Aussi, lorsque l'administration se trouve dans cette situation, il demeure possible de déroger à cette condition, en autorisant la nomination d'un fonctionnaire pour assurer un intérim d'une année renouvelable une fois, afin de permettre sa nomination régulière à l'issue de cette période.

Cette mesure ne peut toutefois être concrétisée que sur rapport motivé de l'administration concernée et accord express des services de la Fonction Publique.

Enfin, il convient de souligner que la nomination dans un poste supérieur ne peut s'effectuer par voie de détachement direct sur le poste supérieur en question.

Au regard de ce qui précède, je vous demande de veiller à la stricte application des prescriptions de la présente lettre-circulaire, dont vous en assurez une large diffusion.

25/01/1999

99 ك خ / م ع و ع / 49 لرقم

Messieurs les Directeurs chargés de la gestion  
Des ressources humaines des ministères  
En communication à Madame et Messieurs les Chefs d'Inspection de la Fonction Publique

**OBJET : Avancement dans le grade d'origine des fonctionnaires exerçant des fonctions supérieures de l'Etat.**

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en vertu de l'article 82 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques, le fonctionnaire qui occupe une fonction supérieure de l'Etat bénéficie d'un avancement de droit à la durée minimale dans son grade d'origine.

Dans le même ordre d'idée, l'article 24 du décret exécutif n° 90-226 du 25 juillet 1990 fixant les droits et obligations des travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat, a confirmé cette règle, à savoir que : « le travailleur appelé à exercer une fonction supérieure, continue à appartenir à son grade d'origine et conserve, le cas échéant, ses droits à l'avancement à la durée la plus favorable, et ce, hors les propositions prévues par les dispositions statutaires les concernant ».

Ces dispositions réglementaires qui ne prêtent à aucune équivoque, font parfois l'objet d'une interprétation erronée par certains gestionnaires au niveau des institutions et administrations publiques, notamment lorsqu'il s'agit des fonctionnaires appelés à exercer pour la première fois une fonction supérieure de l'Etat.

Aussi, la présente circulaire a pour objet de préciser les modalités d'application des dispositions précitées, afin de lever toute ambiguïté dans leur interprétation et, partant, assurer leur stricte application.

Il convient de rappeler dans ce cadre que la circulaire n° 5083 du 13 mai 1989 a précisé que l'avancement dans le grade d'origine des fonctionnaires appelés à exercer des fonctions supérieures de l'Etat, s'effectue à la durée minimale en tenant compte du reliquat d'ancienneté dégagé dans le grade, qui se cumule avec la période d'exercice des fonctions supérieures.

Cependant, le fonctionnaire qui justifie, à la date de sa désignation en qualité d'intérimaire dans une fonction supérieure de l'Etat, d'une ancienneté égale ou supérieure à la durée minimale exigée pour l'avancement dans le grade d'origine, bénéficie d'un avancement d'échelon à la durée minimale, à compter du jour qui suit la date à laquelle il a été régulièrement désigné dans ladite fonction supérieure. Le reliquat d'ancienneté dégagé éventuellement après avancement est conservé pour le prochain avancement.

Enfin, il y a lieu de préciser que les fonctionnaires exerçant des fonctions supérieures à titre intérimaire bénéficient de l'avancement à la durée minimale au même titre que ceux qui sont confirmés dans leurs fonctions selon les formes et procédures en vigueur.

Au regard de ce qui précède, je vous demande de bien vouloir veiller à la stricte application des prescriptions de la présente circulaire.

## الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

لوزير المنتدب لدى رئيس الحكومة  
لمكلف بالإصلاح الإداري و التوظيف العمومي  
لمديرية العامة للتوظيف العمومي

الجزائر في 01/06/1999

/ ك خ م ع و ع / 164 99 لرقم /

MESSIEURS LES DIRECTEURS CHARGES DE LA GESTION  
DES RESSOURCES HUMAINES DES ADMINISTRATIONS CENTRALES  
MESSIEURS LES WALIS  
EN COMMUNICATION A MADAME ET MESSIEURS LES CHEFS  
D'INSPECTION DE LA FONCTION PUBLIQUE

**OBJET : A/S Position de mise en disponibilité.**

**REF :** Décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des Institutions et Administrations Publiques.

Il m'a été donné de constater que les dispositions réglementaires applicables en matière de mise en disponibilité prévues par les articles 112 à 115 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 sus-visé font parfois l'objet de diverses interprétations donnant ainsi lieu à des applications disparates.

Aussi, dans le souci d'assurer une mise en œuvre harmonieuse et uniforme des dispositions en question ; j'ai l'honneur de vous préciser ce qui suit :

**La mise en disponibilité, position statutaire :** La mise en disponibilité est la position statutaire dans laquelle le fonctionnaire cesse temporairement ses fonctions, tout en demeurant titulaire de son grade. Il cesse alors de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite. Evidemment, le fonctionnaire mis dans cette position ne perçoit aucune rémunération et ne peut exercer aucune activité lucrative.

**Cas de mise en disponibilité :** La position de mise en disponibilité est prononcée pour l'un des motifs suivants :

En cas de maladie grave ou d'accident du conjoint ou d'un enfant ;

Pour effectuer des études ou des recherches présentant un intérêt général ;

Pour permettre au fonctionnaire de suivre son conjoint, si celui-ci est astreint à établir sa résidence habituelle à raison de sa profession, en un lieu éloigné de celui où le fonctionnaire concerné exerce ses fonctions.

Pour permettre à la femme fonctionnaire d'élever un enfant âgé de moins de cinq ans ou atteint d'une infirmité exigeant des soins continus ;

Pour convenance personnelle, après deux années d'ancienneté.

**Conditions et procédure de mise en disponibilité :** Il y a lieu de signaler que la position de mise en disponibilité ne peut intervenir que sur demande du fonctionnaire. Elle est prononcée de droit pour les cas 1, 3 et 4 précités. Par contre pour les cas 2 et 5 mentionnés ci-dessus, la mise en disponibilité n'est accordée qu'après avis préalable de la commission paritaire compétente.

**Durée de la mise en disponibilité :** En principe, la mise en disponibilité est accordée pour une période qui ne peut excéder une année. Toutefois, il peut être procédé à son renouvellement à quatre reprises à chaque fois pour une durée d'une année au plus , dans les cas prévus aux points 1, 2, 3 et 4 précités, soit pour une durée maximale de cinq (5) ans.

Ces renouvellements peuvent être consécutifs ou intermittents.

S'agissant de la mise en disponibilité pour convenance personnelle, celle-ci est fixée à une période d'une année au plus, après deux années d'ancienneté générale. Elle peut être renouvelée à deux reprises dans les conditions suivantes :

Le renouvellement de mise en disponibilité pour le bénéfice d'une deuxième période d'une année au plus pour le même motif de convenance personnelle ne peut être accordé qu'après cinq années d'exercice effectif.

Les mêmes conditions sont exigées pour la troisième et dernière période de mise en disponibilité pour convenance personnelle qui ne peut excéder une année et qui constitue le maximum autorisé pendant toute la carrière du fonctionnaire, soit trois années.

Il convient de préciser que la proportion maximale des fonctionnaires susceptibles d'être mis en disponibilité pour convenance personnelle, ne peut excéder les 5% de l'effectif réel du corps de l'institution ou de l'administration publique, dont relève le fonctionnaire concerné.

**Procédure de renouvellement de la mise en disponibilité :** Lorsque le fonctionnaire mis en disponibilité pour les motifs cités dans les cas 1, 2, 3 et 4 susmentionnés, sollicite le renouvellement de celle-ci, il doit en faire la demande par écrit à l'autorité ayant pouvoir de nomination, un mois avant l'expiration de la période de mise en disponibilité en cours.

**Procédure de réintégration :** Il y a lieu de rappeler que le fonctionnaire mis en disponibilité est tenu de solliciter par écrit sa réintégration, un mois avant l'expiration de la période de mise en disponibilité.

Dans ce cas, sa réintégration dans son poste de travail d'origine ou dans un poste équivalent est de droit et s'effectue même en surnombre.

Dans le cas où l'intéressé ne formule pas sa demande de réintégration dans les délais prescrits, il devra être mis en demeure par écrit avec accusé de réception émanant de l'autorité ayant pouvoir de nomination, de réintégrer son poste à l'expiration de la période de mise en disponibilité.

Si à l'issue de la durée de la mise en disponibilité le fonctionnaire ne rejoint pas son poste de travail, il est considéré en situation d'abandon de poste et devient passible des mesures disciplinaires prévues par la réglementation en vigueur.

Au regard de tout ce qui précède, je vous saurai gré de bien vouloir veiller à la stricte application de la présente circulaire.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION DES MOYENS  
SOUS-DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

**CIRCULAIRE N° 1265MSP/DAM  
DU 07 DECEMBRE 1996**

Messieurs les DSPS Tous  
Mesdames, Messieurs les D.G de CHU Tous " pour exécution "  
Messieurs les D.G des EHS Tous

**Objet : Mise en disponibilité et démission de Praticiens Spécialistes de Santé Publique.**

Référence : Décret n°85-59 du 23 mars 1985 portant statut des travailleurs des Institutions et Administrations Publiques.

Il m'a été donné de constater le non respect des dispositions réglementaires lors de l'octroi des mises en disponibilité et des démissions au profit des praticiens médicaux spécialistes.

Cette situation a engendré un déficit considérable paralysant ainsi des services hospitaliers et causant des perturbations graves de la couverture médicale spécialisée assurée par les structures de santé.

Afin de mettre un terme à cette hémorragie, il y a lieu de vous rappeler les dispositions réglementaires en vigueur en la matière, telles que prévues par le décret n° 85-59 du 23 mars 1985.

I. La mise en disponibilité article 112 à 115 (décret n°85-59 du 23 mars 1985)

Il est à rappeler que toute demande de mise en disponibilité revêtu le cas échéant de l'avis de la commission paritaire et du Directeur de l'établissement concerné, doit être transmise au Ministère de la Santé et de la Population, administration centrale, qui notifiera par écrit son accord ou son refus, dans un délai d'un (01) mois à partir de la réception de la demande du praticien concerné.

Lorsque le praticien spécialiste quitte son poste de travail avoir obtenu préalablement l'accord écrit de l'administration centrale, il est considéré en abandon de poste, le directeur de l'établissement sanitaire concerné doit lui adresser une mise en demeure de rejoindre son poste avec accusé de réception. Si le praticien ne répond pas dans un délai de 48 heures à compter de la réception de la mise en demeure, la procédure de révocation pour abandon de poste est enclenchée.

Pour le renouvellement de la mise en disponibilité ou la réintégration, le praticien spécialiste doit introduire sa demande dans un délai de (01) mois avant l'expiration de la période de disponibilité en cours.

Il y a lieu aussi de vous rappeler que nonobstant les mises en disponibilité de droit la proposition maximale des fonctionnaires susceptibles d'être mis en disponibilité ne peut, en aucun cas excéder 5% de l'effectif du corps.

II . – la démission article 133 à 136 (décret n° 85-59 du 23 mars 1985)

Tout d'abord il convient de vous rappeler que la démission est un droit reconnu à tout fonctionnaire manifestant sa volonté de rompre la relation de travail qui l'unit à son employeur.

Néanmoins, la démission doit s'inscrire dans le respect des dispositions réglementaires en vigueur.

A ce titre le praticien spécialiste est tenu de transmettre sa demande écrite et motivée, par la voie hiérarchique à l'administration centrale qui doit prendre sa décision dans un délai de trois (03) mois à compter de la date de dépôt de la demande.

En attendant l'intervention de la décision de l'administration centrale du Ministère de la Santé et de la Population, le praticien spécialiste demeure dans son poste de travail, ainsi que toute cessation de fonction avant l'acceptation de la démission dans le délai précité, entraîne la révocation de l'intéressé pour abandon de poste.

En cas d'acceptation de la démission dans le délai réglementaire, la décision prend effet à compter de la date fixée par l'administration centrale et devient irrévocable.

Toutefois, l'acceptation de la démission peut être différée pour des nécessités de service.

Dans ce cas le praticien spécialiste peut introduire son recours auprès de la commission paritaire conformément à la réglementation en vigueur.

En tout état de cause, l'acceptation de la démission pour des nécessités de service, ne peut être différée, au delà d'une période maximale de six (06) mois.

Enfin, je tiens à vous rappeler que je porte un intérêt particulier à l'application stricte et rigoureuse des présentes dispositions réglementaires.

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

MINISTERE DES FINANCES  
DIRECTION GENERALE DE LA COMPTABILITE  
DIRECTION DE LA REGLEMENTATION COMPTABLE

**INSTRUCTION N° 12 DU 24 AVR 2001**

**OBJET : Mouvement des Personnels**

**Délivrance des certificats de cessation de paiement par les ordonnateurs.**

**REFER :** Décret exécutif n° 93-46 du 06 février 1993 fixant les délais de paiement des dépenses, de recouvrement des ordres de recettes et des états exécutoires et la procédure d'admission en non valeurs.

Dans le cadre des mouvements des personnels et des mutations inter-structures, il a été constaté que certains ordonnateurs délivraient des certificats de cessation de paiement dont la date d'effet ne correspondait pas toujours à la date réelle de la dernière rémunération perçue par les personnels concernés.

Cette pratique non conforme à la réglementation en vigueur, a eu pour effet l'ordonnancement ou le mandatement par les ordonnateurs de rappels substantiels, dont le montant grève parfois lourdement les dotations budgétaires des structures concernées.

Pour mettre terme à cette situation préjudiciable à une saine gestion des deniers publics, les dispositions suivantes sont applicables.

En cas de mutation, cessation de fonction, désignation à une fonction élective etc.... l'administration d'origine délivre au fonctionnaire concerné un certificat de cessation de fonction établi à la date réelle de cessation d'activité et reprenant l'ensemble des éléments afférents à la dernière rémunération perçue.

Sur la base de l'original de ce certificat, de l'acte de nomination (ou document de désignation s'il s'agit d'une fonction élective) et du procès verbal d'installation, la structure d'accueil procède à la prise en charge des personnels concernés.

Au cas où une période s'écoule entre la cessation de fonction de l'intéressé et sa prise en charge effective au niveau de l'administration d'accueil et que pendant cette période, la rémunération de ce dernier a continué à lui être servie par son ancien employeur, sur attestation de ce dernier un rappel différentiel sera alors versé à l'agent en cause par le nouvel employeur calculé par référence entre l'ancienne rémunération et celle résultant de la nouvelle fonction occupée.

Les dispositions de la présente instruction s'appliquent aux agents de l'Etat (Ministères et services déconcentrés), établissements publics à caractère administratif et institutions et collectivités publiques telles que définies par la loi n°90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique, modifiée et complétée, faisant l'objet de mutation, promotion ou désignation à une fonction élective.

Enfin, il est instamment rappelé que conformément aux dispositions du décret exécutif n°93-46 du 06 février 1993, notamment son article 6, les ordres de recettes relatifs au recouvrement des créances étrangères à l'impôt et au domaine doivent être émis par les ordonnateurs dans un délai maximum de trente (30) jours après leur constatation.

J'attache du prix à une stricte application des dispositions de la présente instruction.

**DESTINATAIRES :**

Ministères (et notification aux directeurs des EPA sous tutelle)  
Walis (et notification aux présidents des APC)  
Trésorier central (et notification aux agents comptables des EPA)  
Trésorier Principal  
Trésorier de wilaya (et notification aux receveurs communaux et agents comptables des EPA)  
Agence comptable central du trésor  
Inspection comptable central du trésor  
Inspection des services comptables  
Inspection générale des finances  
Cour des comptes  
A.P.N  
SENAT  
Fonds spécial des retraites.



**CIRCULAIRE N° 1023 RELATIVE AUX MODALITES DE MISE EN DEMEURE  
DES FONCTIONNAIRES EN ABANDON DE POSTE.**

La question m'a été posée de savoir la procédure à suivre à l'encontre des fonctionnaires ayant abandonné leur poste et qui refusent d'accuser réception des mises en demeure de rejoindre leur poste de travail.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le refus d'accuser réception d'une mise en demeure, constaté par les services des postes et télécommunications ou le cas échéant par les services habilités de la direction générale de la sûreté nationale ou de la gendarmerie nationale, vaut notification à l'intéressé.

Dans le cas où cette constatation ne peut s'effectuer en raison de l'absence de l'agent concerné, les mises en demeure (première remise en demeure et rappel dans un délai de 48 heures) adressées à la dernière adresse exacte connue de l'agent et retournées à l'administration avec mention des services des PTT entraînent la suspension immédiate de l'intéressé.

Pendant la durée de la suspension, l'intéressé ne perçoit aucune rémunération, à l'exception des indemnités à caractère familial, conformément aux dispositions de l'article 130 du décret n°85-59 du 23 mars 1985.

Après un délai de deux (02) mois à compter du jour où la décision de suspension est intervenue, l'agent concerné qui ne rejoint pas son poste est révoqué en application des dispositions de l'article 136 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985.

Dans le cas où l'agent formule la décision de rejoindre son poste durant la période de suspension est réintégré à la fin de la période de suspension, l'administration saisit la commission disciplinaire en vue de statuer sur son cas conformément aux règles et procédures en vigueur.

Dans le cas où l'agent sollicite la réintégration de son poste après la période de suspension et sa révocation pour abandon de poste, son cas peut être soumis à l'avis de la commission de discipline, s'il justifie sa situation par un cas de force majeure.

Dans cette dernière hypothèse, il revient à l'administration employeur et à la commission de discipline d'apprécier la réalité des motifs invoqués à l'appui de la demande de l'intéressé en vue soit de confirmer la décision de révocation prise, soit de la rapporter.

Dans le cas où la décision de révocation est rapportée, la période d'absence de l'intéressé est considérée comme service non fait et ne donne lieu à aucune rémunération.

LE DIRECTEUR GENERALE DE LA  
FONCTION PUBLIQUE

**N. KASDALI**

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 55, 56, 57, 119, 122, 126 et 179.

Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;

Vu la loi n° 90-02 du 6 février 1990, modifiée et complétée, relative à la prévention et au règlement des conflits collectifs de travail et à l'exercice du droit de grève ;

Vu la loi n° 90-03 du 6 février 1990, modifiée et complétée, relative à l'inspection du travail ;

Vu la loi n° 90-04 du 6 février 1990, modifiée et complétée, relative au règlement des conflits individuels de travail ;

Vu la loi n° 90-10 du 14 avril 1990 relative à la monnaie et au crédit ;

Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail et notamment ses articles 22 à 26 et 157, alinéa 2 ;

Vu la loi n° 90-14 du 2 juin 1990, modifiée et complétée, correspondant au 2 juin 1990 relative aux modalités d'exercice du droit syndical ;

Vu l'ordonnance n° 95-25 du 30 Rabie Ethani 1416 correspondant au 25 septembre 1995 relative à la gestion des capitaux marchands de l'état ;

Après adoption par le conseil national de transition,

Promulgue l'ordonnance dont la teneur suit :

**Article 1<sup>er</sup>** : La présente ordonnance a pour objet de fixer la durée légale du travail applicable au sein des organismes employeurs régis par les dispositions de la loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail, ainsi qu'au sein des institutions et administrations publiques.

**Article 2** : La durée légale hebdomadaire du travail est fixée à quarante (40) heures dans les conditions normales de travail. Elle est répartie au minimum sur cinq (5) jours ouvrables.

**Article 3** : L'aménagement et la répartition des horaires de travail à l'intérieur de la semaine sont déterminés par les conventions ou accords collectifs.

Dans le secteur des institutions et administrations publiques, ils sont déterminés par voie réglementaire.

**Article 4** : Par dérogation à l'article ci-dessus, la durée égale hebdomadaire du travail peut-être :

réduite pour les personnes occupées à des travaux particulièrement pénibles et dangereux ou impliquant des contraintes sur le plan physique ou nerveux,

augmentée pour certains postes comportant des périodes d'inactivité.

Les conventions ou accords collectifs fixent la liste des postes concernés et précisent pour chacun d'entre eux le niveau de réduction ou d'augmentation de la durée du travail effectif

Dans le secteur des institutions et administrations publiques, la liste des postes visés aux alinéas 1 et 2 du présent article est fixée par voie réglementaire.

**Article 5** : Dans les exploitations agricoles, la durée légale de travail de référence est fixée à mille huit cent (1800) heures, par année répartie par périodes, selon les particularités de la région ou de l'activité.

**Article 6** : Lorsque les horaires de travail sont effectués sous le régime de la séance continue, l'employeur est tenu d'aménager un temps de pause qui ne peut excéder une heure dont une demi-heure est considérée comme temps de travail dans la détermination de la durée du travail effectif.

**Article 7** : L'amplitude journalière de travail effectif ne doit en aucune façon dépasser douze (12) heures.

**Article 8** : Toutes dispositions contraires à celles de la présente ordonnance sont abrogées notamment les articles 22 à 26 de la loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail.

**Article 9** : La présente ordonnance prend effet deux (2) mois à compter de la date de sa publication au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Article 10** : La présente ordonnance sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Ramadhan 1417 correspondant au 11 janvier 1997.

**Liamine ZEROUAL**

**Décret exécutif n° 97-59 du Aouel Dhou El Kaada 1417 correspondant au 9 mars 1997 déterminant  
l'aménagement et la répartition des horaires de travail à l'intérieur de la semaine dans le secteur des  
institutions et administrations publiques**

Le Chef du Gouvernement ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4 et 125 (alinéa 2) ;  
Vu l'ordonnance n°97-03 du 2 Ramadhan 1417 correspondant au 11 Janvier 1997 fixant la durée légale du travail, notamment son article 3 ;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaâbane 1461 correspondant au 31 Décembre 1995 portant nomination du Chef Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 Janvier 1996, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 3 de l'ordonnance n° 97-03 du 2 Ramadhan 1417 correspondant au 11 janvier 1997 susvisée, le présent décret exécutif a pour objet de déterminer l'aménagement et la répartition de la durée légale hebdomadaire du travail dans le secteur des institutions et administrations publiques.

**Article 2** : Dans les conditions normales de travail, les horaires de travail durant la semaine s'effectuent sous le régime de la séance continue et sont répartis sur cinq (5) jour ouvrables.

**Article 3** : L'aménagement des horaires de travail est fixé du samedi au mercredi inclus, ainsi qu'il suit :

Matin : de 8 heures à 12 heures

Soir : de 13 heures à 16 heures 30 minutes.

Il est prévu une heure de pause de 12 heures à 13 heures

**Article 4** : Nonobstant les dispositions des articles 2 et 3 ci-dessus, l'aménagement et la répartition des horaires de travail applicables à certaines activités de l'administration centrale et de l'administration locale peuvent être adaptés au fonctionnement des services en tant que de besoin par arrêté conjoint du ministre concerné et du ministre chargé de la réforme administrative et de la fonction publique.

**Article 5** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

-Fait à Alger, le Aouel Dhou El Kaada 1417 correspondant au 9 mars 1997.

**Ahmed OUYAHIA**

**Décret exécutif n° 07-226 du 9 Rajab 1428 correspondant au 24 juillet 2007 complétant le décret exécutif n° 97-59 du Aouel Dhou El Kaada 1417 correspondant au 9 mars 1997 déterminant l'aménagement et la répartition des horaires de travail à l'intérieur de la semaine dans le secteur des institutions et administrations publiques**

Le Chef du Gouvernement ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4 et 125 (alinéa 2) ;  
Vu l'ordonnance n°97-03 du 2 Ramadhan 1417 correspondant au 11 Janvier 1997 fixant la durée légale du travail, notamment son article 3 ;  
Vu le décret n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique;  
Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 97-59 du Aouel Dhou El Kaada 1417 correspondant au 9 mars 1997 déterminant l'aménagement et la répartition des horaires de travail à l'intérieur de la semaine dans le secteur des institutions et administrations publiques;  
Vu le décret exécutif n°03-137 du 21 Moharram 1424 correspondant au 24 mars 2003 fixant les attributions du ministre du travail et de la sécurité sociale;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de compléter les dispositions du décret exécutif n° 97-59 du Aouel Dhou El Kaada 1417 correspondant au 9 mars 1997 déterminant l'aménagement et la répartition des horaires de travail à l'intérieur de la semaine dans le secteur des institutions et administrations publiques.

**Article 2** : les dispositions de l'article 3 du décret exécutif n° 97-59 du Aouel Dhou El Kaada 1417 correspondant au 9 mars 1997, sont complétées par un alinéa *in fine* rédigé comme suit:

"Toutefois, l'aménagement des horaires de travail dans les wilayas d'Adrar, Tamenghasset, Illizi, Tindouf, Béchar, Ouargla, Ghardaïa, Laghouat, Biskra et El Oued est fixé, durant la période allant du 1<sup>er</sup> juin au 30 septembre, du samedi au mercredi inclus, comme suit:

- de 7 heures à 12 heures;
- de 12 heures 30 à 15 heures.

Il est prévu une demi-heure de pause de 12 heures à 12 heures 30 minutes, considérée comme temps de travail dans la détermination de la durée du travail effectif".

**Article 3** : Les dispositions du décret exécutif n° 97-59 du Aouel Dhou El Kaada 1417 correspondant au 9 mars 1997, susvisé, sont complétées par un article 3 bis rédigé comme suit: 'aménagement des horaires de travail est fixé du samedi au mercredi inclus, ainsi qu'il suit :

"Art. 3 bis – Dans les wilayas prévues à l'article 2 ci-dessus, les institutions et administrations publiques sont tenues d'organiser des permanences en fonctions des exigences du service".

**Article 4** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

-Fait à Alger, le 9 Rajab 1428 correspondant au 24 juillet 2007.

**Abdelaziz BELKHADEM**

**Décret exécutif n° 09-244 du 29 Rajab 1430 correspondant au 22 juillet 2009 modifiant le décret exécutif 97-59 du Aouel Dhou El Kaada 1417 correspondant au 9 mars 1997 déterminant l'aménagement et la répartition des horaires de travail à l'intérieur de la semaine dans le secteur des institutions et administrations publiques**

Le Premier ministre ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu l'ordonnance n°97-03 du 2 Ramadhan 1417 correspondant au 11 Janvier 1997 fixant la durée légale du travail, notamment son article 3 ;  
Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;  
Vu le décret présidentiel n° 09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions;  
Vu le décret présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 97-59 du Aouel Dhou El Kaada 1417 correspondant au 9 mars 1997, complété, déterminant l'aménagement et la répartition des horaires de travail à l'intérieur de la semaine dans le secteur des institutions et administrations publiques;  
Après approbation du Président de la République ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Les dispositions de l'article 3 du décret exécutif n° 97-59 du Aouel Dhou El Kaada 1417 correspondant au 9 mars 1997, susvisé, sont modifiés comme suit :

En application des dispositions de l'article 3 de l'ordonnance n° 97-03 du 2 Ramadhan 1417

« Art. 3- L'aménagement des horaires de travail est fixé du dimanche au jeudi inclus comme suit :

- *matin : de 8 heures à 12 heures,*
- *soir : de 13 heures à 16 heures 30.*

Il est prévu une heure de pause de 12 heures à 13 heures.

Toutefois, l'aménagement des horaires de travail dans les wilayas d'Adrar, Tamenghasset, Illizi, Tindouf, Béchar, Ouargla, Ghardaïa, Laghouat, Biskra, et El Oued est fixé, durant la période du 1<sup>er</sup> juin au 30 septembre, du dimanche au jeudi inclus comme suit :  
(Le reste sans changement)

**Article 2** : Les dispositions du présent décret prennent effet à compter du 14 août 2009.

**Article 3** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

-Fait à Alger, le 29 Rajab 1430 correspondant au 22 juillet 2009.

**Ahmed OUYAHIA**

**Loi n° 05-06 du 17 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 26 avril 2005 modifiant la loi n° 63- 278 du 26 juillet 1963 fixant la liste des fêtes légales.**

Le président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 119, 120, 122 et 126 ;  
Vu la loi n° 63- 278 du 26 juillet 1963, modifiée et complétée, fixant la liste des fêtes légales ;

Après adoption par le Parlement ;

**Promulgue la loi dont la teneur suit :**

**Article 1<sup>er</sup>** : - Le paragraphe 1 de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 63- 278 du 26 juillet 1963, susvisée, est modifié et rédigé ainsi qu'il suit :  
« 1- Premier mai (fête du travail).....1jour ;  
- Cinq juillet (fête de l'Indépendance)..... 1jour ;  
- Premier novembre (fête de la Révolution).....1jour ».

**Article 2** : - La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 26 Avril 2005.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

**Décret présidentiel n° 03-467 du 8 Chaoual 1424 correspondant au 2 décembre 2003 fixant le  
salaire national minimum garanti.**

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1er) ;

Vu la loi n° 81-07 du 27 juin 1981, modifiée et complétée, relative à l'apprentissage, notamment ses articles 16 et 17 ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, modifiée et complétée, notamment ses articles 22, 30, 40, 41, 48 et 73 ;

Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative à la retraite, notamment ses articles 15, 16, 25 et 45 ;

Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles, notamment ses articles 37 et 41 ;

Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail et aux maladies professionnelles, notamment ses articles 80, 81, 87 et 87 bis ;

Vu l'ordonnance n° 97-03 du 2 Ramadhan 1417 correspondant au 11 janvier 1997 fixant la durée légale de travail ;

Vu le décret n° 85-34 du 9 février 1985 fixant les cotisations de sécurité sociale pour des catégories particulières d'assurés sociaux ;

Vu le décret présidentiel n° 2000-392 du 10 Ramadhan 1421 correspondant au 6 décembre 2000 fixant le salaire national minimum garanti ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le salaire national minimum garanti, correspondant à une durée légale hebdomadaire de travail de quarante (40) heures, équivalente à 173,33 heures par mois, est fixé à dix mille dinars (10.000 DA) par mois, soit un taux horaire de 57,70 dinars.

**Article 2** : Toutes les dispositions contraires au présent décret sont abrogées, notamment celles du décret présidentiel n° 2000-392 du 10 Ramadhan 1421 correspondant au 6 décembre 2000, susvisé.

**Article 3** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 8 Chaoual 1424 correspondant au 2 décembre 2003.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

**Décret présidentiel n° 06-395 du 20 Chaoual 1427 correspondant au 12 novembre 2006 fixant le salaire national minimum garanti**

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1<sup>er</sup>)

Vu la loi n° 81-07 du 27 juin 1981, modifiée et complétée, relative à l'apprentissage, notamment ses articles 16 et 17 ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales notamment ses articles 22, 30, 40, 41,48 et 73 ;

Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative à la retraite, notamment ses articles 15, 16, 25 et 26 ;

Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles, notamment ses articles 37 et 41 ;

Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail, notamment ses articles 80, 81, 87 et 87 bis ;

Vu l'ordonnance n° 97-03 du 2 Ramadhan 1417 correspondant au 11 janvier 1997 fixant la durée légale de travail ;

Vu le décret n° 85-34 du 9 février 1985 fixant les cotisations de sécurité sociale pour des catégories particulières d'assurés sociaux ;

Vu le décret présidentiel n° 03-467 du 8 Chaoual 1424 correspondant au 2 décembre 2003 fixant le salaire national minimum garanti;

**Décrète**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le salaire national minimum garanti, correspondant à une durée légale hebdomadaire de travail de quarante (40) heures, équivalent à 173,33 heures par mois, est fixé à douze mille dinars (12.000 DA) par mois soit un taux horaire de 69,23 dinars

**Article 2** : Toutes les dispositions contraires au présent décret sont abrogées notamment celles du décret présidentiel n° 03-467 du 8 Chaoual 1424 correspondant au 2 décembre 2003, susvisé

**Article 3** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007 et sera publié au *Journal Officiel* de la République Algérienne Démocratique et Populaire.

**Fait à Alger, le 20 Chaoual 1427 correspondant au 12 novembre 2006**

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**



**Décret présidentiel n° 09-416 du 29 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 16 décembre 2009 fixant le salaire national minimum garanti**

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 77-8° et 125 (alinéa 1er) ;

Vu la loi n° 81-07 du 27 juin 1981, modifiée et complétée, relative à l'apprentissage, notamment ses articles 16 et 17 ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales, notamment ses articles 22, 30, 40, 41, 48 et 73 ;

Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative à la retraite, notamment ses articles 15, 16, 25 et 45 ;

Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles, notamment ses articles 37 et 41 ;

Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail, notamment ses articles 80, 81, 87 et 87 bis ;

Vu l'ordonnance n° 97-03 du 2 Ramadhan 1417 correspondant au 11 janvier 1997 fixant la durée légale de travail ;

Vu le décret n° 85-34 du 9 février 1985 fixant les cotisations de sécurité sociale pour des catégories particulières d'assurés sociaux ;

Vu le décret présidentiel n° 06-395 du 20 Chaoual 1427 correspondant au 12 novembre 2006 fixant le salaire national minimum garanti ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le salaire national minimum garanti correspondant à une durée légale hebdomadaire de travail de quarante (40) heures, équivalant à 173,33 heures par mois, est fixé à quinze mille dinars (15.000 DA) par mois, soit un taux horaire de 86,54 dinars.

**Article 2 :** Toutes les dispositions contraires au présent décret sont abrogées, notamment celles du décret présidentiel n° 06-395 du 20 Chaoual 1427 correspondant au 12 novembre 2006 fixant le salaire national minimum garanti.

**Article 3 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 et sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 29 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 16 décembre 2009.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

MINISTRERE DU TRAVAIL ET DE LA SECURITE SOCIALE

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°006 RELATIVE A LA MISE EN ŒUVRE DU SALAIRE NATIONAL  
MINIMUM GARANTI (SNMG) DANS LES INSTITUTIONS ET LES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES**

Référence : - Loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail, modifiée et complétée.

- Décret n°85-59 du 23 mars 1985 portant Statut Type des Travailleurs des Institutions et Administrations Publiques.
- Décret présidentiel n° 06-395 du 12 novembre 2006 fixant le salaire national minimum garanti.

La présente circulaire a pour objet de définir les modalités de mise en œuvre, dans les Institutions et Administrations Publiques, du décret présidentiel n° 06-395 du 12 novembre 2006 fixant le S.N.M.G à 12.000,00 DA/Mois et 69,23 DA/Heure, à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2007.

A cet égard, il convient de rappeler que le S.N.M.G, conformément à l'article 87 bis de la loi n° 90-11 du 21 avril 1990 modifiée et complétée relative aux relations de travail comprend « le salaire de base, les indemnités et primes de toute nature à l'exclusion des indemnités versées au titre de remboursement des frais engagés par le travailleur ».

De ce fait, la détermination de la rémunération globale brute (R.G.B), devant être comparée au S.N.M.G, doit tenir compte de tous les éléments cités ci-dessus, y compris les primes et indemnités variables rémunérant le rendement ou la performance.

Les primes et indemnités variables, doivent être comptées pour le montant maximum auquel peut prétendre l'agent. Ces avantages doivent être ramenés au mois lorsqu'ils sont servis selon une périodicité autre que mensuelle.

Lorsque la rémunération globale brute, ainsi déterminée, est inférieure au S.N.M.G, il convient de servir à l'agent concerné, un différentiel dont le montant résulte de la différence entre le S.N.M.G et la R.G.B.

Ce dispositif s'applique également aux agents vacataires payés à l'heure.

Les exemples ci-dessous illustrent les modalités d'applications de la présente circulaire.

1°) – Exemple d'un ouvrier professionnel, régi par le décret exécutif n°89-225 du 05 décembre 1989, classé à la catégorie 6 section 2, 1<sup>er</sup> échelon, indice 188, ayant obtenu une note 20/20 à la prime de rendement, servie au taux de 30% de la rémunération globale.

Salaire de base	5474,39 DA
Indemnité d'expérience professionnelle (I.E.P)	<u>275,20 DA</u>
Rémunération principale	= 5749,59 DA
Indemnité complémentaire de revenu (I.C.R)	3640,00 DA
Prime de rendement 5759,59 X 30%	<u>1724,87 DA</u>
Rémunération globale brute .....	= 11114,46 DA
Différentiel à servir à l'agent .....	12000 – 11114,46 = 885,54 DA
Rémunération à servir à l'agent.....	11114,46 + 885,54 = 12000 DA

2°) – Exemple d'un ouvrier professionnel, régi par le décret exécutif n°89-225 du 05 décembre 1989, classé à la catégorie 6 section 2, 1<sup>er</sup> échelon, indice 188, ayant obtenu une note 10/20 à la prime de rendement, servie au taux de 30% / 2 = 15% de la rémunération globale.

Salaire de base	5474,39 DA
Indemnité d'expérience professionnelle (I.E.P)	<u>275,20 DA</u>
Rémunération principale	= 5749,59 DA
Indemnité complémentaire de revenu (I.C.R)	3640,00 DA
Prime de rendement 5759,59 X 15%	<u>862,44 DA</u>
Rémunération globale brute .....	= 10252,03 DA
Différentiel à servir à l'agent .....	12000 – 11114,46 = 885,54 DA
Rémunération à servir à l'agent.....	10252,03 + 885,54 = 11137,57 DA

3°) – Exemple d'un ouvrier professionnel vacataire, effectuant la durée légale de travail, classé à la catégorie 4 section 3, 3<sup>ème</sup> échelon, indice 173, ayant obtenue une note 20/20 à la prime de rendement, servie au taux de 25% de la rémunération globale.

Salaire de base	4927,62 DA
Indemnité d'expérience professionnelle (I.E.P)	<u>793,82 DA</u>
Rémunération principale	= 5721,44 DA
Indemnité complémentaire de revenu (I.C.R)	3720,00 DA
Indemnité de nuisance	176,00 DA
Prime de rendement 5721,44 X 25%	<u>1430,36 DA</u>
Rémunération globale brute .....	= 11047,80 DA
Différentiel à servir à l'agent .....	12000 – 11047,80 = 952,20 DA
Rémunération à servir à l'agent.....	11047,80 + 952,20 = 12000 DA

4°) – Exemple d'un ouvrier professionnel vacataire, effectuant la durée légale de travail, classé à la catégorie 4 section 3, 3<sup>ème</sup> échelon, indice 173, ayant obtenue une note de zéro (00/20) à la prime de rendement, soit un taux de 00% de la rémunération globale.

Salaire de base	4927,62 DA
Indemnité d'expérience professionnelle (I.E.P)	<u>793,82 DA</u>
Rémunération principale	= 5721,44 DA
Indemnité complémentaire de revenu (I.C.R)	3720,00 DA
Indemnité de nuisance	176,00 DA
Prime de rendement 5721,44 X 00%	<u>00,00 DA</u>
Rémunération globale brute .....	= 9617,44 DA
Différentiel à servir à l'agent .....	12000 – 11047,80 = 952,20DA
Rémunération à servir à l'agent.....	9617,44 + 952,20= 10569,64 DA

5°) – Exemple d'une femme de ménage vacataire, payée à l'heure, classée à la catégorie 4 section 3, qui a 5 ans d'ancienneté

Rémunération principale/heure	31,27 DA
Indemnité complémentaire de revenu (I.C.R)	<u>21,46 DA</u>
Total	52,73 DA
SNMG/heure	69,23 DA
Différentiel à servir à l'agent .....	69,23 – 52,73 = 16,50 DA
Rémunération horaire à servir à l'agent.....	52,73 + 16,50 = 69,23 DA

Vous voudrez bien prendre toutes les dispositions en vue d'assurer une bonne application de la présente circulaire et nous faire connaître toute difficulté auquel pourrait donner lieu sa mise en œuvre.

LE 27 DECEMBRE 2006

**P/ LE SECRETAIRE GENERAL DU GOUVERNEMENT**

**LE MINISTRE DES FINANCES**

**LE MINISTRE DU TRAVAIL  
ET DE LA SECURITE SOCIALE**

**Décret exécutif n° 93-54 du 16 février 1993 déterminant certaines obligations particulières applicables aux fonctionnaires et agents publics ainsi qu'aux travailleurs des entreprises publiques**

Le Chef de Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu le décret législatif n° 93-02 du 6 février 1993 portant prorogation de la durée de l'état d'urgence ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de déterminer certaines obligations particulières applicables aux fonctionnaires et agents publics relevant des institutions et administrations publiques ainsi qu'aux travailleurs des entreprises publiques nonobstant les dispositions statutaires dont ils relèvent et sans préjudice des droits syndicaux en vigueur.

**Article 2 :** Les personnels visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus sont tenus à un devoir de loyauté à l'égard de l'Etat et de ses institutions. Ce devoir de loyauté se traduit par la fidélité à la Constitution et aux principes qu'elle consacre.

**Article 3 :** Dans le cadre visé à l'article 2 ci-dessus, les personnels concernés sont tenus à une obligation de loyauté dans l'exécution ou la mise en œuvre de la politique du Gouvernement.

**Article 4 :** Les personnels visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus sont tenus à une obligation de réserve à l'égard des controverses politiques ou idéologiques.

**Article 5 :** L'obligation de réserve entraîne pour les personnels visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, même en dehors du service, l'interdiction de tout acte, comportement et commentaire réputés incompatibles avec leurs fonctions, conformément au règlement intérieur.

A ce titre est proscrit tout acte, attitude propos ou discours visant sciemment à :

- nuire à l'Etat et à ses institutions,

- compromettre l'action des pouvoirs publics,

- favoriser ou contrecarrer indûment l'action de toute association, groupe ou formation régulièrement déclarés.

**Article 6 :** Dans l'exercice de leurs fonctions les personnels visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus sont tenus à une obligation d'impartialité, notamment dans leurs relations avec le public.

**Article 7 :** Toute activité partisane au sein de l'institution ou de l'organisme qui les emploie est interdite aux personnels visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus.

**Article 8 :** Il est interdit aux personnels visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus d'utiliser, à des fins autres que celles auxquelles ils sont destinés, les biens et moyens de toute nature mis à leur disposition à l'occasion de l'exercice de leur fonctions.

**Article 9 :** Les personnels visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus sont tenus à l'application et au respect des dispositions des règlements intérieurs en vigueur au sein de l'institution ou de l'organisme qui les emploie.

Les règlements intérieurs précisent, en particulier, les règles relatives à la discipline générale, à la tenue vestimentaire, à l'hygiène et à la sécurité.

Ils déterminent, en outre, les règles générales de comportement à l'égard des citoyens et des usagers.

**Article 10 :** Les responsables des institutions et administrations publiques, ainsi que ceux des entreprises publiques doivent veiller au respect, par leur personnel, des dispositions du présent décret.

Ils énoncent, sur la base des dispositions réglementaires, des procédures appropriées pour l'application du présent article.

Ils sont, par ailleurs, tenus, dès qu'un manquement leur est signalé ou porté à leur connaissance de mettre en œuvre les procédures prévues pour qu'il soit rapidement statué sur les faits relevés ou signalés.

**Article 11 :** Nonobstant les dispositions de la réglementation en vigueur, tout acte ou commission commis par une des personnes visées à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, pour faire obstacle à l'application des lois et règlements, à l'action des pouvoirs publics et l'exercice de l'autorité de l'Etat ou aux obligations définies par le présent décret peut, sans préjudice des sanctions civiles et pénales prévues par la législation en vigueur, entraîner pour son auteur :

la suspension, pour une durée allant de quinze (15) jours à six (6) mois,

le déplacement d'office,

la rétrogradation,

la révocation.

Les trois premières sanctions ci-dessus peuvent se cumuler entre elles.

**Article 12 :** La sanction est prononcée par décision motivée de l'autorité ayant pouvoir de nomination ou régulièrement déléguée.

L'agent concerné est informé par écrit des griefs retenus à son encontre et des sanctions qu'il encourt. Il dispose de quinze (15) jours pour présenter ses explications par écrit de la sanction, adresser un recours à l'autorité supérieure à celle qui a pris la décision, cette dernière dispose d'un délai maximum de trente (30) jours pour se prononcer sur le recours. Le silence de ladite autorité supérieure à la fin de ce délai vaut approbation de la sanction.

Les voies de recours contre la décision de sanction sont celles prévues par la législation en vigueur.

**Article 13 :** Les recours visés à l'article 12 ci-dessus ne sont pas suspensifs et la sanction est exécutoire dès notification écrite de la décision qui l'a prononcée.

**Article 14 :** Dans le cas où la décision de sanction est invalidée par l'autorité supérieure, l'agent concerné est rétabli dans l'ensemble de ses droits avec effet au jour de la notification de la décision de sanction.

**Article 15 :** La notification écrite de la sanction entraîne pour l'agent concerné :

1) Dans le cas de suspension et de révocation :

la suspension de salaire,

le retrait de la carte professionnelle,

le retrait de tous autres moyens et / ou instruments destinés à l'exercice des fonctions.

2) Dans le cas d'une rétrogradation

la modification du salaire

le retrait de la carte professionnelle et son remplacement par une nouvelle carte prenant en charge les effets de la mesure.

le retrait de tous autres moyens et / ou instruments non liés à l'exercice des nouvelles fonctions correspondant à la rétrogradation.

**Article 16 :** Les modalités d'application du présent décret seront, en tant que de besoin, précisées par arrêté du ou des ministres concernés.

**Article 17 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 16 février 1993.

**Bélaïd ABDESSELAM.**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTRE DU TRAVAIL  
ET DES AFFAIRES SOCIALES**

**PREMIER MINISTRE  
DIRECTION GENERALE DE  
LA FONCTION PUBLIQUE**

A  
MESDAMES ET MESSIEURS LES MEMBRES  
DU GOUVERNEMENT  
MONSIEUR LE DELEGUE A LA REFORME  
ECONOMIQUE

EN COMMUNICATION A MESSIEURS :

- LES WALIS
- LES PRESIDENTS DE FONDS DE PARTICIPATION
- LES PDG D'ENTREPRISES PUBLIQUES.

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 3840 DU RELATIVE AUX MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES  
DISPOSITIONS DU DECRET EXECUTIF N° 93-54 DU 16 FEVRIER 1993 DETERMINANT CERTAINES  
OBLIGATIONS PARTICULIERES APPLICABLES AUX FONCTIONNAIRES ET AGENTS PUBLICS AINSI  
QU'AUX TRAVAILLEURS DES ETABLISSEMENTS ET ENTREPRISES PUBLICS.**

La présente instruction interministérielle a pour objet de déterminer les modalités de mise en œuvre du décret exécutif n° 93-54 du 16 février 1993.

Dans ce cadre, elle tend à définir les contenus des obligations instituées par ledit décret et à identifier, à titre indicatif, les fautes et les sanctions qu'elles appellent ainsi que les éléments de procédures et ceux relatifs à l'élaboration du règlement de service.

**1- DES OBLIGATIONS ET DE LA SANCTION DE LEUR INOBSERVATION :**

Outre les obligations au respect desquelles ils sont normalement astreints par les statuts qui leur sont applicables, les fonctionnaires et agents publics ainsi que les travailleurs des entreprises publiques sont soumis à des obligations particulières instituées par le décret n° 93-54 du 16 février 1993 et pouvant se regrouper en trois (3) grandes rubriques explicitées ci-dessus.

Il n'est pas possible de donner une liste de toutes les infractions susceptible d'être commises dans tous les lieux de travail. Mais il a paru indispensable d'en recenser quelques unes en indiquant les barèmes de sanction applicables afin de rendre possible la détermination par chaque administration, entreprise ou établissement publics, de toutes les infractions susceptibles d'y être commises ainsi que des sanctions correspondantes. Les indications ci-dessous serviront donc de cadre et de guide à l'établissement des règlements de services.

**2- De l'obligation de loyauté et de la sanction de sa violation :**

En raison du lien particulier qui les unit à l'Etat, les fonctionnaires et agents publics ainsi que les travailleurs des entreprises publiques sont tenus à un devoir de loyauté à l'égard de l'Etat et de ses institutions. Ce devoir se traduit essentiellement par la fidélité. la constitution et aux principes qu'elle consacre ainsi qu'à la loyauté dans la mise en œuvre de la politique du Gouvernement , exprimée plan d'action légale et régulière des autorités et pouvoirs publics.

Le non respect de cette obligation se traduit notamment par :

- a)- des actes ou des tentatives de destruction, d'édifiées d'ouvrages, équipements, machines, instruments, matières premières et autres biens et objets constitutifs du personnel de l'organisme employeur, sciemment perpétrés pour des mobiles malveillants consacre gêne et / ou perturbant le fonctionnement de l'organisme employeur.
- b)- des actes volontaires ou des tentatives d'atteinte aux symboles et attributs de l'Etat.
- c)- le vol et le détournement des biens et moyens des administrations, établissements et entreprises publics.
- d)- l'utilisation frauduleuse des biens et moyens des administrations, établissements et entreprises publics à des fins inavouées ou au profit d'intérêts particuliers occultes.
- e)- des négligences graves et manifestes ayant entraîné ou favorisé les fautes citées en cette ci-dessus.
- f)- des négligences graves dans la mise en œuvre des instructions régulières de la hiérarchie ayant entraîné des pertes ou des dommages importants.
- g)- des menaces et menées d'intimidation à l'intérieur comme l'extérieur des lieux de travail en vue de semer la peur et la crainte pour des motifs d'ordre idéologiques, religieux ou partisans.
- h)- le refus pour des mobiles d'ordre sectaire ou partisan, d'exécuter des instructions régulières de la hiérarchie pour l'accomplissement de tâches et de travaux relevant du poste du travail.
- i)- le dénigrement systématique et répété de l'action légale et régulière des pouvoirs publics.
- J)- le non respect, répétitif et habituel, des horaires de travail.

Les fautes ci-dessus rappelées peuvent entraîner les sanctions pouvant aller jusqu'à :

- la révocation pour les cas prévus en a , b c et d ,
- la rétrogradation pour les cas prévus en e , f g et h ,
- la suspension de 6 mois pour les cas prévus en i et j.

De plus la récidive pour les cas en e, f, g, h et i peut entraîner la révocation, cependant que pour le cas prévu en j, le déplacement d'office peut précéder l'éventuelle rétrogradation.

**3-De l'obligation de réserve et de la sanction de sa violation**

La réglementation en vigueur édicte certaines incompatibilités auxquelles viennent s'ajouter de nouvelles, issues du décret n° 93-54 du 16 février 1993. Les nouveaux critères doivent être précisés pour chaque secteur en fonction de ses spécificités.

A cet égard et en règle générale, est réputée incompatible avec la qualité de fonctionnaire, d'agent public ou de travailleur des entreprises et établissements publics, toute activité qui, en raison de sa nature ou de ses finalités ou en raison de son caractère politique partisan, expose, directement ou indirectement, son auteur aux risques de violation des obligations statutaires générales et particulières qui régissent. A ce titre est frappée d'incompatibilité toute activité susceptible de conduire son auteur, volontairement ou

involontairement, à divulguer des secrets professionnels, à pour atteint aux intérêts matériels et moraux de l'institution ou organisme qui l'emploie et à l'empêcher de s'acquitter de ses obligations professionnelles en toute indépendance, sérénité et efficience.

Cette obligation emporte en outre le respect de la dignité attachée à la fonction ou l'emploi occupé, quelqu'en soient le niveau et la nature. Ceci se traduit par une attitude de réserve tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du service.

A cet égard, le fonctionnaire, l'agent de l'Etat de l'entreprise ou de l'office public devront avoir constamment, même en dehors du service, une attitude digne de nature à ne pas porter atteinte au bon renom de l'institution qui les emploie.

La violation de cette obligation se traduit notamment par :

- a)- la dissimulation volontaire d'une activité incompatible avec l'exercice de la fonction occupée au sein d'une administration, d'une entreprise ou d'un établissement public, en vue de nuire à l'Etat ou à ses institutions ou de se dérober aux obligations réglementaires prévues dans le cadre professionnel.
- b)- l'organisation de réunions politiques sur les lieux de travail, les actions de prosélytisme et les discours de propagande durant le service ou à l'occasion de l'accomplissement du service.
- c)- l'organisation de quête ou de collectes de toute nature, sur les lieux de travail et hors les procédures légales.
- d)- le manquement aux règles du secret professionnel ou classé comme tel par la réglementation en vigueur.
- e)- les actes de violence physique, les injures et menaces.
- f)- l'exercice répétitif et / ou habituel d'actes ou activités parallèles, de nature illicite ou non, pouvant gêner l'exercice régulier de la fonction ou de l'emploi conférés.
- g)- l'incitation répétée au désordre sur les lieux de travail en vue de perturber le bon fonctionnement des institutions ou organismes employeurs et pour des motifs incompatibles avec l'exercice des droits syndicaux légalement.
- h)- le port de tenues et d'effets vestimentaires non conformes aux prescriptions du règlement intérieur ou aux prescriptions internes d'hygiène et de sécurité ainsi que ceux qui constituent un attribut portant indication ostensible d'une appartenance idéologique, politique ou religieuse.
- i)- les rassemblements, hors le cas d'activités syndicale régulière dans les locaux professionnels aires avoisinantes et autres lieux à l'intérieur du périmètre de l'institution ou organisme employeur.

L'inobservation de cette obligation de réserve peut pour chacune des fautes ci-dessus rappelées à titre indicatif entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'à :

la révocation pour les cas visés en a,b ,c , d et f

la suspension de un à six mois pour les cas visés en g, h et i.

La récidive pour les cas visés en g, h et i peut entraîner un déplacement d'office suivi, le cas échéant, d'une révocation

De l'obligation d'impartialité :

En règle générale, cette obligation traduit le devoir pour le fonctionnaire, l'agent public ou le travailleur d'observer le principe de l'égalité de tous citoyens, usagers, clients dans le bénéfice des prestations et services mis à la charge de l'institution ou de l'organisme employeur. Elle interdit de ce fait toute discrimination ou traitement inégalitaire qui n'à pas pour source la loi ou le règlement.

La violence de cette obligation se traduit notamment par :

- a)- la falsification et les tentatives de falsifications de documents de service en vue de nuire à un usager ou de le favoriser
- b)- l'utilisation de la fonction en vue de favoriser ou de nuire à un usager,
- c)- le favoritisme ou l'ostracisme vis à vis des usagers, consistant à donner les priorités à un usager par rapport à un autre sans motifs valable.

L'inobservation de cette obligation d'impartialité peut pour chacune des fautes ci-dessus rappelées à titre indicatif, entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'à

la révocation pour le cas visé en a .

la rétrogradation pour le cas visé en b.

la suspension d'un mois pour le cas visé en c.

la récidive pour le cas visé en b peut entraîner une révocation, cependant que celle du cas visé en c peut entraîner une rétrogradation suivie, le cas échéant d'une révocation.

4- De l'obligation du responsable investi du pouvoir de sanction :

Tout responsable investi du pouvoir disciplinaire qui néglige de prononcer des sanctions ou refuse de le faire lorsqu'il a constaté des manquements ou que ceux qui ont été portés à sa connaissance sont fondés, encourt lui même, au minimum, les mêmes sanctions que celles qui sont prévues pour réprimer les manquements incriminés.

Par ailleurs, il demeure que l'ensemble des sanctions administratives et professionnelles encourues au titre des manquements aux obligations instituées par le décret exécutif n° 93-54 sus-rappelé n'est point exclusif de la responsabilité civile et pénale attachée aux frais incriminés.

A ce titre, chaque responsable concerné est tenu dans le cadre de la légalisation en vigueur, d'engager le cas échéant les poursuites légales parallèlement à la procédure disciplinaire, sous peine de sanction en application du décret 93-54.

## **II- Des éléments de procédure disciplinaire :**

Si les faits constitutifs des obligations particulières instituées par le décret exécutif n° 93-54 du 16 février 1993 peuvent recouper des manquements professionnels déjà saisis par la réglementation en vigueur, la procédure instituée par ce même texte s'en écarte totalement pour des raisons, notamment de célérité dans la prise de décision et sa mise en œuvre.

Ainsi dans la Fonction Publique, les mesures disciplinaires prises dans le cadre du décret exécutif n°93-54 ne sont soumis qu'à un visa de principe a posteriori.

### **1- Du niveau de la prise de décision :**

Les fautes, une fois identifiées et établies, sont sanctionnées par l'autorité investie du pouvoir de nomination ou l'échelon régulièrement délégué ou habilité.

Cette autorité doit être déterminée afin de permettre à chaque travailleur de connaître les responsables habilités à prononcer des sanctions le concernant et ceux auprès desquels il pourrait formuler les recours.

Dans ce cadre , le pouvoir de décider de la sanction à infliger doit , dans tous les cas être délégué à l'échelon hiérarchique le plus apte à agir avec célérité et efficience.

Il demeure entendu que l'autorité qui signe la décision peut être différente de celle qui la propose, il appartiendra alors à l'autorité qui propose la décision d'adresser aux responsables concernés les éléments nécessaires à la formalisation rapide de la décision par l'échelon compétent.



Toutes les mesures préparatoires et définitives à la décision sont organisées de manière concertée entre les différents échelons concernés de la hiérarchie intéressée suivant, éventuellement, des modalités définies pour chaque secteur, conformément aux dispositions de l'article 16 du décret susvisé et tenant compte du monde d'organisation de l'institution ou de l'organisme considéré. Lesdites modalités et procédures doivent prévoir le mandat permettant à l'échelon immédiat de prononcer une suspension, mesure conservatoire ordinaire, pour les cas où la nécessité le requiert.

**2- De la formalisation des actes sanctionnant les manquements aux obligations :**

Les sanctions des fautes commises par les fonctionnaires et agents publics en activité dans les administrations régies par les dispositions du statut général de la fonction publique sont matérialisées par les actes réglementaires habituels.

Les fautes constatées dans les entreprises publiques sont sanctionnées selon les formes habituelles, par décision du responsable expressément déterminé par la hiérarchie.

Dans tous les cas, les décisions de sanction doivent être motivées pour justifier les sanctions prononcées et permettre d'effectuer les contrôles et le cas échéant, le recours prévus.

**3- Des modalités de notification de la décision :**

L'agent concerné est informé par écrit des griefs retenus à son encontre et des sanctions qu'il encourt conformément aux dispositions du décret susvisé et au règlement intérieur.

un délai de quinze (15) jours lui est accordé pour présenter par écrit ses explications à l'autorité concernée.

Un registre ad-hoc est ouvert à cet effet dans lequel seront consignés aussi bien les avis de sanctions que les réponses des personnels concernés.

A l'application du délai de quinze (15) jours ci-dessus rappelé et après étude des réponses fournies, il est procédé, s'il y a lieu, à la notification écrite de la décision définitive de sanction, contre émargement valant accusé de réception sur un registre de notification ad-hoc.

En cas de décision de sanction, l'autorité ayant prononcé la sanction est tenue d'adresser immédiatement, en même temps que la notification, copie du dossier à l'autorité hiérarchique appelée à connaître du recours éventuel.

**4- Des effets de la sanction :**

Nonobstant l'exercice des voies de recours, les sanctions prononcées en application des dispositions du décret cité en objet sont exécutoires dès notification écrite de la décision de sanction à l'intéressé.

La notification écrite de la sanction entraîne pour l'agent concerné notamment :

dans le cas de suspensions et de révocation

la suspension ou la suppression du salaire

le retrait de la carte professionnelle

le retrait de tous autres moyens et / ou instruments destinés à l'exercice des fonctions

dans le cas d'une rétrogradation

la modification du salaire

le retrait de la carte professionnelle et son remplacement par une nouvelle carte prenant en charge les effets de la mesure .

le retrait de tous autres moyens et / ou instruments non liés à l'exercice des nouvelles fonctions correspondant à la rétrogradation.

Le règlement intérieur précisera, le cas échéant tous autres effets induits par les sanctions prononcées.

**5- Du recours :**

les agents ayant fait l'objet d'une notification de sanction en application des dispositions de l'article 12 du décret susvisé disposent d'un droit de recours hiérarchique auprès de l'autorité supérieure à celle ayant pris la décision . Cette autorité devra être préalablement et clairement identifiée dans la décision de sanction. A cet effet, le document de notification de la sanction devra mentionner l'ensemble des éléments d'identification de l'autorité de recours pour chaque cas considéré.

Le recours devra s'exercer dans un délai n'excédant pas quinze (15) jours, à compter de la notification à l'intéressé de la décision de la sanction. Passé ce délai, le recours n'est pas recevable

L'autorité habilitée à recevoir le recours dispose d'un délai de trente (30) jours pour statuer sur la base d'un dossier comprenant l'ensemble des éléments susceptibles de lui permettre de se prononcer en toute connaissance de cause et en toute équité. Le recours peut entraîner la confirmation, la révision ou l'annulation de la décision. Passé ce délai de trente (30) jours le silence de l'autorité de recours vaut approbation de la sanction.

L'invalidation de la décision de sanction par l'autorité de recours entraîne le rétablissement du fonctionnaire, de l'agent ou du travailleur, dans l'ensemble de ses droits avec effet au jour de la notification de la décision de sanction.

Les sanctions prononcées dans le cadre du décret visé ci-dessus doivent donner lieu à la mise en œuvre des mesures assurant le fonctionnement régulier des services et le remplacement, le cas échéant de l'agent concerné qui sera réintégré à l'issue de la sanction de suspension dans un emploi similaire vacant.

**III- DU REGLEMENT CADRE :**

A l'effet de faciliter l'élaboration des règlements d'application qui seront promulgués conformément aux usages soit par arrêté soit sous forme de règlement intérieur, il est indiqué ci-dessus le cadre général et les rubriques à prévoir.

**1- De la discipline générale :**

Nonobstant les règles disciplinaires contenues dans les différents instruments de gestion des relations de travail, les présentes prescriptions ont pour objet de préciser les règles disciplinaires induites par la mise en œuvre du décret exécutif n° 93-54 du 16 février 1993. Les obligations professionnelles et celles contenues dans la présente instruction et les sanctions disciplinaires qui s'y rapportent doivent être rappelées avec détail et précision.

**2- De l'horaire de travail :**

Il importe de consacrer l'obligation du respect des horaires fixés par l'organisme employeur et d'en assurer les sanctions correspondantes en cas d'inobservation.

Il faut, à ce titre, veiller au respect de l'horaire par émargement ou pointage à instituer le cas échéant, ou à renforcer en mettant en place des contrôles inopinés en vue de vérifier la présence réelle du / des personnels concernés.

Assurer la sanction des retards et absences non autorisées ou non justifiées par la mise en place de procédures adaptées à cette fin. Contrôler le bien fondé des motifs susceptibles d'entraîner des absences régulièrement autorisées.

**3- De la réglementation des sorties durant les activités de services et de la circulation à l'intérieur des lieux de travail :**

\* Des sorties et absences :

En règle générale, aucune sortie du lieu professionnel habituel n'est autorisée sauf celle liée à l'exercice de l'activité ou de la fonction. Néanmoins des dérogations peuvent intervenir sur appréciation de la hiérarchie pour cas de force majeure. Chaque dérogation donne lieu à l'émission d'une autorisation de sortie écrite que le bénéficiaire doit remettre au poste de garde à la sortie. Toute absence sans autorisation préalable écrite donne lieu à une sanction appréciée par la hiérarchie.

Deux cas de figure sont à examiner :

absence malgré le refus opposé par l'employeur à la demande.

absence sans qu'une autorisation n'ait été sollicitée.

\* De la circulation des agents à l'intérieur du lieu de travail et de l'enceinte :

La circulation des personnels doit obéir à des objectifs professionnels et se faire le respect des consignes de sécurité.

Il convient d'envisager la possibilité d'un zoning interne, en particulier pour les établissements sensibles et névralgiques et délimiter les zones sensibles avec accès réglementé de manière stricte.

L'accès aux locaux et installations techniques aux fins de vérification de contrôle et de maintenance est du ressort exclusif des agents techniques dûment identifiés et habilités figurant sur une liste mise à jour. Des registres de visite des installations techniques sont ouverts et tenus afin de rendre obligatoire et contrôlable l'indication des dates et horaires des interventions et les éléments d'identification des intervenants et l'autorité ayant autorisé l'intervention.

Les agents chargés du contrôle et de la maintenance doivent intervenir en présence des personnels chargés d'assurer le fonctionnement régulier des équipements et installations concernés. L'absence de ces derniers pendant les interventions des équipes spécialisées est un manquement pouvant entraîner révocation.

-le système de garde et de tenue des clefs avec l'indication des personnels détenteurs de clefs et passes, sans négliger la mise en place effective d'éléments de nature à garantir le caractère confidentiel attaché au système.

-la circulation des personnes étrangères à l'institution ou l'entreprise est réglementée avec :

un contrôle à l'entrée,

le port du badge visiteur

une inscription et un enregistrement sur registre avec remise de pièce d'identité,

la signature par un responsable de la structure visitée d'un document attestant de la réalité de la visite et précisant son objet et sa durée.

il importe d'organiser l'accueil des personnes étrangères tels les usagers, les clients et autres.

Tout regroupement n'ayant pas caractère professionnel est prohibé. Il convient de mettre en place le dispositif de contrôle.

Tenue vestimentaire :

-prévoir l'obligation du port de la tenue réglementaire pour toutes les catégories professionnelles concernées tels les agents d'accueil, les chauffeurs, les gardiens et les agents de sécurité.

-Rappeler, la tenue conforme aux usages de la profession et aux impératifs d'hygiène et de sécurité, et prévoir l'obligation de la porter (bleu de travail, combinaison, blouse, etc.).

-Prévoir l'interdiction de porter toute tenue, effet, attribut ou accoutrement de nature à exprimer de façon ostensible une appartenance à un courant idéologique, politique ou religieux.

De l'hygiène et de sécurité :

Eriger l'inobservation des consignes de maintien constamment en bon état d'hygiène et de sécurité des lieux de travail en faute professionnelle et prévoir le processus de mise en œuvre de cette obligation.

Mettre en place un système garantissant le principe de présentation correcte des fonctionnaires et travailleurs notamment ceux en contact avec le public.

Le port du badge est obligatoire et différent selon le zoning à instituer conformément aux dispositions ci-dessus indiquées.

Les personnes étrangères au service doivent porter un badge visiteur ou tout autre signe distinctif et être accompagnées par des agents désignés à cet effet.

Tout affichage n'ayant pas de lien avec l'activité régulière, professionnelle et syndicale ou de représentation des travailleurs, et dans les endroits autres ceux préalablement désignés à cet effet est sanctionné. Il importe de prévoir donc les endroits de l'affichage ainsi que les procédures et les personnes chargées de leur gestion.

L'utilisation frauduleuse des biens et moyens de service à des fins inavouées ou au profit d'intérêts particuliers occultes ainsi que l'utilisation de biens et moyens de service qui cause intentionnellement des dégâts aux édifices, équipements et installations sont sanctionnées.

Il importe de mettre en place un système et des procédures pour garantir l'usage aux seules fins du service des matériels d'impression et de reprographie, avec sanction des abus et détournements.

Il convient d'instituer par des règlements précis un système de contrôle à l'accès et à l'utilisation des sceaux et timbres ainsi qu'aux stocks de papiers d'encre, d'imprimés, de formulaires et de pièces de rechange pour la maintenance des équipements et installations de toute nature ainsi que pour l'accès et l'usage du téléphone, du télex et du fax et des instruments informatiques, de manière à éviter les abus de toute nature.

Du comportement à l'égard des usagers :

le comportement des agents de l'état et des entreprises et établissements publics doit être conforme au nécessaire renforcement de l'autorité de l'état et à ses symboles. On doit s'abstenir de faire état de ses opinions personnelles, politiques et partisans dans ses rapports avec les usages.

Les fonctionnaires et les travailleurs des administrations, établissements, entreprises et offices publics entretenant des rapports avec le public sont tenus d'adopter une attitude empreinte de courtoisie et de bienveillante neutralité.

Le citoyen a droit à une réponse aux requêtes qu'il introduit auprès des administrations, entreprises, offices publics, dans un délai raisonnable.

Il est obligatoirement à la disposition du public, des visiteurs, usagers et clients un registre de doléances et de réclamation, côté, paraphé et régulièrement visé par le responsable de la structure publique.

La hiérarchie est tenue d'étudier le contenu de registre de doléance et de réclamations et d'indiquer pour chaque réclamation la suite qui a été donnée (réclamation non fondée ou sanction de l'agent fautif si la réclamation est fondée)

Une réclamation non traitée dans un délai de 2 mois est constitutive d'une faute de négligence par les responsables concernés.

Les registres de réclamation seront réclamés pour visas tous les mois par les directeurs concernés.



**Décret exécutif n° 93-206 du 6 Rabie Ethani 1414 correspondant au 22 septembre 1993 relatif à la prévention et  
la surveillance dans les institutions administrations et organismes publics ainsi que dans les entreprises  
publiques économiques**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81- et 116 ;

Vu le décret législatif, n° 93-02 du 6 février 1993 portant prolongation de la durée de l'état d'urgence ;

Vu le décret présidentiel n° 93-197 du 21 août 1993 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 93-201 du 17 Rabie El Aouel 1414 correspondant au 4 septembre 1993, portant nomination des membres du Gouvernement ;

**Décrète:**

**Article 1er :** Les responsables des institutions administratives et organismes publics ainsi que ceux des entreprises publiques économiques sont tenus de prendre toutes mesures tendant à préserver la sécurité des personnes et des biens sur les lieux de travail.

**Article 2 :** Dans le cadre fixé à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus les responsables concernés désignent la ou les personnes chargées d'assurer les activités de prévention et de surveillance.

Les préposés à la prévention et à la surveillance sont chargés de faire observer les mesures édictées en la matière et visant à la préservation des infrastructures et des équipements ainsi qu'à la sécurité des personnes à l'intérieure des locaux ou des périmètres dont ils ont la charge.

**Article 3 :** Les préposés à la prévention et à la surveillance peuvent prendre, sous le contrôle des responsables visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, toute mesure conservatoire et préventive en cas d'incident mettant en cause la sécurité des personnes et des biens se trouvant à l'intérieur de la structure dont ils assurent la surveillance.

A ce titre, ils sont tenus d'alerter les services de police, de gendarmerie ou de protection civile, si l'incident ou la menace encourue nécessite une intervention spécialisée,

**Article 4 :** Ne peut être à la préposé à la prévention et à la surveillance, celui qui :

- Ne jouit pas d'une bonne moralité établie par enquête administrative ;
- N'est pas reconnu apte physiquement à exercer l'activité postulée ;
- Ne jouit pas, au moment de sa désignation, de l'ensemble de ses droits civils et civiques.

**Article 5 :** Dans l'accomplissement de leurs missions, les préposés à la prévention et à la surveillance peuvent être astreints au port d'un uniforme. Ils peuvent, le cas échéant, être dotés d'un armement.

Les modalités d'application de cet article seront déterminées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et des collectivités locales et du ministre de la défense nationale.

**Article 6 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 Rabi Ethani 1414 correspondant au 22 septembre 1993

**Rédha MALEK**

Correspondant au 2 octobre 1993 fixant le statut et la rémunération des agents et chefs de groupes de prévention et de sécurité

Le Chef de Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques notamment son article 9 ;

Vu le décret exécutif n° 93-206 du 6 Rabie Ethani 1414 correspondant au 22 septembre 1993 relatif à la prévention et à la surveillance dans les administrations et organismes publics ainsi que les entreprises publiques économiques.

**Décrète:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est créé, dans le cadre des dispositions du décret exécutif n° 93-206 du 6 Rabie Ethani 1414 correspondant au 22 septembre 1993 susvisé, au sein des institutions et administrations publiques les postes de travail suivants :

agent de prévention et de sécurité

chef de groupe de prévention et de sécurité

**Article 2** : Dans le cadre des missions générales fixées par le décret n° 93-206 du 6 Rabie Ethani 1414 correspondant au 22 septembre 1993 susvisé, et sous l'autorité de son chef hiérarchique l'agent de prévention et de sécurité est chargé d'assurer le strict respect des règles de sécurité dans l'enceinte des structures et / ou des dépendances ou il exerce ses fonctions.

A ce titre il est chargé notamment :

d'assurer l'application effective et continue des règlements généraux et particuliers édictés en matière de sécurité, ainsi que des directives et instructions données en la matière par l'autorité hiérarchique concernée,

de veiller au respect des règles de sécurité en matière d'accès, de circulation et de sortie des personnes,

de prendre sous le contrôle de l'autorité hiérarchique, toutes mesures conservatoires liées à l'exercice de ses attributions,

de rendre compte régulièrement à l'autorité hiérarchique des insuffisances et manquements constatés dans son domaine d'activité et de proposer, le cas échéant, toutes mesures appropriées.

**Article 3** : Le chef de groupe de prévention et de sécurité est chargé, outre les attributions visées à l'article 2 ci-dessus de : coordonner l'activité des agents placés sous son autorité, mettre en œuvre le dispositif de prévention et d'intervention.

**Article 4** : L'agent et le chef de groupe de prévention et de sécurité sont astreints à une obligation de disponibilité permanente. A ce titre, ils peuvent être appelés à exercer leurs fonctions de jour comme de nuit.

**Article 5** : Outre les conditions fixées par le décret n° 93-206 du 6 Rabi Ethani 1414 correspondant au 22 septembre 1993 susvisé les candidats aux postes d'agent et de chef de groupe de prévention et de sécurité doivent :

justifier d'une aptitude physique et professionnelle en adéquation avec le poste,

satisfaire à une enquête administrative,

sous réserve des dispositions des articles 6 et 7 ci-dessous, appartenir à un corps ou grade classé :

pour l'agent de prévention et de sécurité à la catégorie 8/1 au moins et 10/1 au plus,

pour le chef de groupe de prévention et de sécurité à la catégorie 10/2 au moins et 13-2 au plus.

Toutefois, peuvent être désignés à titre exceptionnel et dérogatoire des candidats classés aux catégories supérieures à celle prévues ci-dessus lorsque les impératifs de sécurité spécifiques à un service le nécessitent.

**Article 6** : La dérogation prévue à l'article 5 ci-dessus est prononcée par décision motivée du ministre concerné ou de l'autorité habilitée, après avis du ministre chargé du budget et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 7** : A titre exceptionnel, peuvent être recrutés par voie contractuelle, aux postes prévues par le présent décret les personnes possédant une compétence avérée en matière de prévention et de sécurité et remplissant les conditions fixées à l'article 5 ci-dessus.

**Article 8** : Le nombre d'agents et de chefs de groupe de prévention et de sécurité est fixé dans les effectifs budgétaires de chaque institutions ou administration publique concernée.

**Article 9** : Les fonctionnaires et agents nommés au poste d'agent et de chef de groupe de prévention et de sécurité bénéficient, en sus de la rémunération résultant de leur grade :

- d'une indemnité de sujétion spéciale au taux de 30% calculée sur la base de la rémunération principale du grade d'origine,

- d'une indemnité de risque et d'astreinte particulière au taux de 20% calculée sur la base de la rémunération principale de leur grade d'origine,

**Article 10** : Les agents contractuels visés à l'article 7 ci-dessus, bénéficient de la rémunération attachée à l'emploi d'agent contractuel et des indemnités prévues à l'article 9 ci-dessus.

**Article 11** : Les indemnités prévues à l'article 9 ci-dessus sont soumises à cotisation de sécurité sociale et de retraite.

**Article 12** : Les indemnités prévues à l'article 9 ci-dessus sont exclusives de toutes indemnités de même nature et notamment les indemnités forfaitaires de service permanent, de travail posté et de nuisance.

**Article 13** : Le poste de chef de groupe de prévention et sécurité ne peut être créé que dans les structures comportant au moins 4 postes d'agents de prévention et de sécurité.

**Article 14** : Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 16 Rabie Ethani 1414 correspondant au 2 octobre 1993

**Rédha MALEK**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**CIRCULAIRE N°731/MSP/DNOSS/SDEASP/DU 23/11/1994**

**DESTINATAIRES :**

MM : - LES WALIS – CABINETS - « POUR INFORMATION »  
- LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE DE WILAYA « POUR EXECUTION ET  
DIFFUSION AUX PRATICIENS MEDICAUX. (SECTEURS PUBLIC – PARA-PUBLIC ET PRIVE) »

**OBJET : Délivrance abusive de certificats médicaux et de congés de maladie**

**REF** : - Loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée, notamment son article 238.

- Décret exécutif N° 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale notamment son article 58.

La situation sociale actuelle a eu pour conséquence une recrudescence de sollicitations abusives en ce qui concerne les certificats médicaux.

La multiplication des demandes de repos non justifiées par un état de maladie est inacceptable.

Le praticien ne doit pas favoriser l'absentéisme, c'est à dire «qu'il ne doit point faciliter la tendance qu'ont certains clients, dont l'ardeur au travail est modérée, à profiter abusivement du moindre malaise ou de la plus bénigne blessure pour prolonger, outre mesure, les délais de maladie ou l'incapacité .

Celui-ci à le devoir de faire preuve de la plus grande conscience professionnelle dans la délivrance de ses certificats, car en ce qui concerne les interruptions de travail, les répercussions sociales et économiques sont importantes.

Un certificat étant un écrit attestant d'un état, il en résulte que le médecin ne peut le rédiger qu'après un examen de la personne concernée, et le praticien médical digne de ce nom ne doit certifier que la vérité. « Il se doit de donner au public l'exemple de l'incorruption et de la droiture ».

L'article 58 du Code de Déontologie est formel « la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ».

Les textes législatifs obligent également le praticien médical à une impeccable fonction.

L'article 238 de la loi 85-05 sus-visée prévoit que « sous peine des dispositions de l'article 226 du Code Pénal, il est interdit à tout médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et auxiliaire médical dans l'exercice de ses fonctions, de certifier faussement et sciemment pour briser ou nuire délibérément à une personne physique ou morale ».

L'article 226 du Code Pénal stipule \* tout médecin, chirurgien-dentiste, officier de santé ou sage femme qui, dans l'exercice de ses fonctions et pour favoriser quelqu'un, certifie faussement ou dissimule l'existence de maladie ou infirmité ou un état de grossesse ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès puni de l'emprisonnement d'un à trois ans, à moins que le fait ne constitue l'une des infractions plus graves prévues aux articles 126 à ».

Je vous demande d'adresser cette circulaire à tous les praticiens quel que soit leur régime d'exercice et interpellé la conscience de ceux qui nuisent à la réputation d'une corporation qui doit demeurer respectable. Il faut les convaincre que toute complaisance ou incompétence dans la prescription et la qualification handicape les performances de la nation.

Il vous appartient donc, de lutter contre cette situation par la mise en œuvre de mesures adéquates (organisation du contrôle médical, information, rappel à l'ordre) et le cas échéant : sanctionner les récidivistes directement par des décisions administratives (fermeture de cabinet, suspension etc.....) et / ou indirectement par la saisine des instances prévues à cet effet (conseils de déontologie médicale tribunaux).

Vous voudrez bien assurer une large diffusion de ces présentes dispositions auprès des praticiens médicaux de votre wilaya, et me tenir informé de toutes difficultés rencontrées au cours de leur application.

LE DIRECTEUR DE LA NORMALISATION ET DE  
L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE  
**PR M. BAGHRICHE**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

DIRECTION GENERALE DE LA  
FONCTION PUBLIQUE  
1022/SP/DG/DSEP/SDOC/BB/93

ALGER LE 21 DECEMBRE 1993

MESSIEURS LES MEMBRES DU GOUVERNEMENT

**OBJET : Certificats Médicaux de Complaisance**

La question m'a été posée de savoir la conduite à suivre devant la présentation par certains agents de l'état des certificats médicaux fréquents, souvent de complaisance.

En vue de pallier à de telle pratiques il est demandé à chaque organisme employeur chaque fois qu'il estime ou constate une fréquence abusive ou une irrégularité dans l'arrêt de travail d'un agent de saisir immédiatement les services compétents de l'organisme de sécurité sociale d'affiliation de l'agent considéré.

Dans le cas ou l'arrêt de travail en question n'est pas pris en considération par les services suscités (suite à une enquête administrative défavorable ou à un rejet du contrôle médical). L'organisme employeur doit mettre en demeure l'agent concerné à rejoindre son poste de travail sous peine des sanctions disciplinaire il peut encourir en cas de non reprise de ses fonction en abandon de poste.

L'organisme employeur est tenu par ailleurs de soumettre le cas de l'intéressé à la commission de discipline après sa reprise de fonction, en vue de statuer sur la sanction susceptible d'être prononcé à son encontre.

LE DIRECTEUR GENERAL  
DE LA FONCTION PUBLIQUE

**N. KASDALI**

**Ordonnance n° 95-01 du 19 Chaâbane 1415 correspondant au 21 janvier 1995 Fixant l'assiette des cotisations et des prestations de sécurité sociale.**

Le Président de l'Etat,

Vu la Constitution, notamment son article 115 .

Vu la plate forme portant consensus national sur la période transitoire notamment ses articles 5, 25 et 26 ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée relative à la retraite ;

Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail, notamment ses articles 3, 81 et 82 ;

Vu le décret législatif n° 94-12 du 26 mai 1994 fixant le taux de cotisation de sécurité sociale ;

Après adoption par le Conseil national de transition,

**Promulgue l'ordonnance dont la teneur suit :**

**Article 1<sup>er</sup>.**-L'assiette des cotisations de sécurité sociale est constituée de l'ensemble des éléments du salaire ou du revenu proportionnel aux résultats du travail, à l'exclusion des prestations à caractère familial, des indemnités représentatives de frais, des primes et indemnités à caractère exceptionnel et des indemnités liées à des conditions particulières de résidence et d'isolement. Un décret exécutif fixera, la définition des éléments du revenu exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

**Article 2 :** L'assiette servant au calcul des prestations de sécurité sociale est l'assiette des cotisations tel que définie à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus.

**Article 3 :** Le salaire servant d'assiette au calcul des cotisations de sécurité sociale, tel que défini à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est substitué au salaire de poste dans les dispositions des lois N° 83-11,83-12 et 83-13 du 2 juillet 1983, susvisées,

**Article 4 :** Les dispositions de la présente ordonnance ne sont pas applicables aux personnes visées aux articles 4 et 76 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, susvisée.

**Article 5 :** Toutes dispositions contraires à la présente ordonnance sont abrogées.

**Article 6 :** La présente ordonnance sera publiée au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Chaâbane 1415 correspondant au 21 janvier 1995.

**Liamine ZEROUAL.**

**Décret exécutif n° 2000-50 du 28 Dhou El Kaada 1420 correspondant au 4 mars 2000 modifiant le décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994 fixant la répartition du taux de cotisation de sécurité sociale**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre du travail, de la protection sociale et de la formation professionnelle;

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales

Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles,

Vu le décret législatif n° 94-10 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 instituant la retraite anticipée;

Vu le décret législatif n° 94-11 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 instituant l'assurance chômage en faveur des salariés susceptibles de perdre de façon involontaire et pour raison économique leur emploi;

Vu le décret législatif n° 94-12 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994, modifié et complété, fixant le taux de cotisation de sécurité sociale;

Vu l'ordonnance n° 95-01 du 19 Chaâbane 1415 correspondant au 21 janvier 1995 fixant l'assiette des cotisations et des prestations de sécurité sociale ;

Vu le décret n° 82-179 du 15 mai 1982, complété, fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales ;

Vu le décret présidentiel n° 99-299 du 15 Ramadhan 1420 correspondant au 23 décembre 1999 portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 99-300 du 16 Ramadhan 1420 correspondant au 24 décembre 1999 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994, modifié et complété, fixant la répartition du taux de la cotisation de sécurité sociale ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le taux de la cotisation de sécurité sociale, prévu à l'article 1<sup>er</sup> du décret législatif n° 94-12 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 susvisé est réparti à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2000 :

- 25 % de l'assiette de cotisation de sécurité sociale à la charge de l'employeur.

- 9 % de l'assiette de cotisation de sécurité sociale à la charge du travailleur.

- 0,5 % de l'assiette de cotisation, au titre de la quote-part du fonds des œuvres sociales.

**Article 2** : Le taux de 34,5%, tel que prévu à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, est réparti comme suit :

Branches	Quote-part à la charge de l'employeur	Quote-part à la charge du salarié	Quote-part du fonds des œuvres sociales	Total
- Assurances sociales	12,5 %	1,5 %	—	14 %
- Accidents du travail et maladies professionnelles	1,25 %	—	—	1,25 %
- Retraite	9,5 %	6,5 %	—	16 %
- Assurance chômage	1,25 %	0,5 %	—	1,75 %
- Retraite anticipée	0,5 %	0,5 %	0,5 %	1,5 %
TOTAL	25 %	9 %	0,5 %	34,5 %

**Article 3** : Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées.

**Article 4** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 Dhou El Kaada 1420 correspondant au 4 mars 2000

**Ahmed BENBITOUR**

**Décret exécutif n° 06-339 du 2 Ramadhan 1427 correspondant au 25 septembre 2006 modifiant le décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994 fixant la répartition du taux de cotisation de sécurité sociale**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre du travail, de la protection sociale et de la formation professionnelle;

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales

Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles,

Vu le décret législatif n° 94-10 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 instituant la retraite anticipée;

Vu le décret législatif n° 94-11 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 instituant l'assurance chômage en faveur des salariés susceptibles de perdre de façon involontaire et pour raison économique leur emploi;

Vu le décret législatif n° 94-12 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994, modifié et complété, fixant le taux de cotisation de sécurité sociale;

Vu l'ordonnance n° 95-01 du 19 Chaâbane 1415 correspondant au 21 janvier 1995 fixant l'assiette des cotisations et des prestations de sécurité sociale ;

Vu le décret n° 82-179 du 15 mai 1982, complété, fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales ;

Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994, modifié et complété, fixant la répartition du taux de la cotisation de sécurité sociale ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de modifier les dispositions des articles 1 et 2 du décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994, susvisé, comme suit:

"Article 1<sup>er</sup>. - le taux de la cotisation de sécurité sociale, prévu à l'article 1<sup>er</sup> du décret législatif n° 94-12 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 susvisé est réparti à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2006 :

- 25 % de l'assiette de cotisation de sécurité sociale à la charge de l'employeur.

- 9 % de l'assiette de cotisation de sécurité sociale à la charge du travailleur.

- 0,5 % de l'assiette de cotisation, au titre de la quote-part du fonds des œuvres sociales.

"Art 2." – Le taux de la cotisation de sécurité sociale fixée à 34,5 %, tel que prévu à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, est réparti comme suit :

Branches	Quote-part à la charge de l'employeur	Quote-part à la charge du salarié	Quote-part du fonds des œuvres sociales	Total
- Assurances sociales	12,50 %	1,50 %	—	14 %
- Accidents du travail et maladies professionnelles	1,25 %	—	—	1,25 %
- Retraite	10 %	6,75 %	0,50%	17,25%
- Assurance chômage	1 %	0,50 %	—	1,50 %
- Retraite anticipée	0,25 %	0,25 %	---	0,50 %
TOTAL	25 %	9 %	0,50 %	34,5 %

**Article 3 :** Toutes dispositions contraires a celles du présent décret sont abrogées.

**Article 4 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Ramadhan 1427 correspondant au 25 septembre 2006.

**Abdelaziz BELKHADEM**

## Instruction N° 01 du 26 Février 2004 relative a la réintégration et la réserve de l'emploi à l'issue de la période du service national ou celle du rappel.

L'ordonnance n° 74-103 du 15 novembre 1974, portant code du service national et l'ordonnance n° 76-111 du 09 décembre 1976, portant missions et organisation de la réserve disposent que la réintégration du travailleur est de droit, à l'issue de la période de service national, de rappel, de perfectionnement ou d'entretien ; de même, qu'elles prévoient la réserve de l'emploi par l'employeur.

Ces dispositions ont connu une large application ; cependant certains citoyens ayant accompli leurs obligations vis à vis du service national ou du rappel rencontrent des difficultés auprès de leurs employeurs à faire valoir leur droit à la réintégration.

Or, l'accomplissement des obligations de service national ou de rappel, par un citoyen, ne devrait en aucun cas se traduire pour le concerné par un préjudice sur le plan socioprofessionnel.

Toutefois , pour pouvoir prétendre à ce droit, le citoyen appelé ou rappelé doit présenter , à l'issue de son incorporation, à son organisme employeur le livret du service national, la carte du service national ou l'attestation de libération.

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre du droit de réintégration à l'emploi précédemment occupé, garanti par la légalisation et la réglementation en vigueur.

### I – De la réintégration à l'issue de la période accomplie au titre du service national :

Le droit à la réintégration du travailleur, régi par les dispositions correspondantes à son statut de fonctionnaire, d'agent public ou de salarié soumis au droit du travail appelé à effectuer son service national, est mis en œuvre selon les modalités ci-après.

#### 1- Fonctionnaires et agents publics :

##### 1.1- Le fonctionnaire :

Tout fonctionnaire titulaire, appelé à effectuer son service national, est placé en position de détachement durant la période du service national, conformément à l'article 116 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques.

A l'expiration de la période d'incorporation, le fonctionnaire est réintégré dans son corps d'origine, au besoin en surnombre, par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

##### 1.2- L'agent stagiaire :

L'agent stagiaire, à l'expiration de la durée d'incorporation est réintégré dans les mêmes conditions que le fonctionnaire titulaire.

##### 1.3- L'agent contractuel

Tout agent contractuel, appelé à effectuer son service national, voit son contrat suspendu pour toute la période comprise entre la date d'incorporation et la date d'arrivée à terme de son contrat.

A l'issue de son obligation nationale, il retrouve son emploi pendant un temps correspondant au moins à la période de suspension des effets du contrat.

##### 1.4- L'agent vacataire :

L'agent vacataire ne peut se prévoir du droit à la réservation de l'emploi précédemment occupé.

Toutefois, à l'issue de son incorporation, il bénéficie de la priorité dans le cadre du recrutement à effectuer au titre des crédits ouverts pour cette catégorie d'emplois.

#### 2- Salariés régis par le droit du travail :

Conformément aux articles 64 et 65 de la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, relative aux relations de travail, le contrat d'un travailleur ou d'un apprenti est suspendu pendant la durée de sa présence sous les drapeaux.

L'intéressé est réintégré de droit à son poste de travail ou à un poste de rémunération équivalente dans un délai de trois (03) mois à compter de sa libération effective. A cet effet, il doit aviser son employeur dès sa date de libération connue, et au plus tard, dans le mois suivant celle-ci, par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de modification dans le régime juridique d'une entreprise, le contrat de travail reprend avec le nouveau propriétaire sans que le travailleur ou l'apprenti n'ait aucune formalité à accomplir.

En cas de dénonciation du contrat de travail par l'une des parties, l'incorporation au service national suspend la période de préavis, sauf dans le cas où le contrat est connu dans le cadre de la réalisation d'un projet ou d'une activité temporaire prenant fin pendant la période du service national qu'accomplit le salarié.



## **II – DE LA RESERVE DE L'EMPLOI, EN CAS DE RAPPEL :**

En application des dispositions de l'article 7 de l'ordonnance n° 76-111 du 9 décembre 1976 portant missions et organisation de la réserve, le citoyen est tenu de rejoindre son lieu d'affectation, en cas de mobilisation générale ou partielle de rappel individuel ou de convocation pour des périodes d'exercice.

Les fonctionnaires, les agents publics et les salariés mobilisés ou rappelés pour effectuer une période de perfectionnement ou d'entretien, conservent, en vertu de l'article 14 de l'ordonnance sus-citée, le bénéfice de la réserve de l'emploi et du congé payé. La période d'incorporation est considérée comme période normale d'activité, d'ou l'obligation pour l'employeur de servir à l'intéressé son traitement ou salaire de manière continue.

Néanmoins, en cas de mobilisation générale ou partielle, en vertu de l'article 15 de ladite ordonnance l'organisme employeur du citoyen réserviste cesse de lui servir le traitement ou salaire.

Par ailleurs, l'organisme employeur est tenu de prendre toutes les dispositions nécessaires pour la réserve de l'emploi et la réintégration, à la libération du réserviste ou de l'appelé maintenu au delà de la durée légale du service national, à son poste et au besoin en surnombre pour les fonctionnaires et agents publics et dans un poste équivalent ou de rémunération équivalente pour les salariés régis par le droit du travail.

## **III- DISPOSITIONS FINALES :**

Je tiens à attirer l'attention de Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement sur l'importance que j'accorde à l'application stricte des dispositions légales et réglementaires relatives à la réintégration des travailleurs ayant accompli leurs obligations de service national ou de rappel.

Dans ce cadre, MM. Le Ministre chargé du travail et le Directeur général de la fonction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de veiller à l'application de ces dispositions, notamment en assurant le suivi diligent du traitement des requêtes émanant de citoyens qui peuvent rencontrer des difficultés de réintégration à l'issue de la période d'accomplissement du service national ou du rappel.

La présente instruction devra nécessairement s'accompagner d'un effort important d'information et de sensibilisation, permettant de garantir aux citoyens ayant accompli les obligations du service national ou du rappel de disposer, à leur libération, du droit de réintégration à l'emploi, quel que soit le secteur d'activité.

**AHMED OUYAHIA**

# **Nouveaux Statuts de la Fonction Publique applicables à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2008**

Ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique.

Ordonnance n°07-01 du 11 Safar 1428 correspondant au 1er mars 2007 relative aux incompatibilités et obligations particulières attachées à certains emplois et fonctions.

Décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires.

Décret exécutif n° 08-60 du 16 Safar 1429 correspondant au 23 février 2008 portant mesures transitoires d'application du décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires.

Décret présidentiel n° 07-305 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 modifiant le décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990 fixant le mode de rémunération applicable aux fonctionnaires et agents publics exerçant des fonctions supérieures de l'Etat.

Décret présidentiel n°07-306 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant le régime indemnitaire des fonctionnaires et agents publics exerçant des fonctions supérieures de l'Etat.

Décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques.

Décret présidentiel n° 07-308 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités de recrutement des agents contractuels, leurs droits et obligations, les éléments constitutifs de leur rémunération, les règles relatives à leur gestion ainsi que le régime disciplinaire qui leur est applicable.

Instruction n° 07 du 29 décembre 2007 relative à la mise en œuvre du nouveau système de classification et de rémunération des fonctionnaires

Décret exécutif n° 08-60 du 16 Safar 1429 correspondant au 23 février 2008 portant mesures transitoires d'application du décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires.

Instructions interministérielle du 27 février 2008 relative à la mise en œuvre du décret exécutif n° 08-70 du 26 février 2008 portant institution d'une indemnité forfaitaire compensatrice au profit de certains fonctionnaires et agents publics relevant des institutions et administrations publiques.

Translation dans la grille de bonification indiciaire des postes supérieures à caractère fonctionnel ou structurel des services centraux et déconcentrés de l'état

Arrêté du 16 Rajab 1429 correspondant au 19 juillet 2008 fixant la composition, les modalités de désignation des membres de la commission paritaire consultative de discipline des agents contractuels et son fonctionnement.

**Ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut  
général de la fonction publique.**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 51, 122-26° et 124 ;  
Vu l'ordonnance n° 74-103 du 15 novembre 1974, modifiée et complétée, portant code du service national ;  
Vu l'ordonnance n° 76-111 du 9 décembre 1976 portant mission et organisation de la réserve;  
Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, notamment ses articles 180 à 186 ;  
Vu la loi n°83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales;  
Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative à la retraite;  
Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles ;  
Vu la loi n° 83-14 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale ;  
Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;  
Vu la loi n° 90-02 du 6 février 1990, modifiée et complétée, relative à la prévention et au règlement des conflits collectifs de travail et à l'exercice du droit de grève ;  
Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations individuelles de travail, notamment son article 3 ;  
Vu la loi n° 90-14 du 2 juin 1990, modifiée et complétée, relative aux modalités d'exercice du droit syndical ;  
Vu l'ordonnance n° 97-03 du 2 Ramadhan 1417 correspondant au 11 janvier 1997 fixant la durée légale du travail ;  
Vu la loi n° 99-07 du 19 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 5 avril 1999 relative au moudjahid et au chahid ;  
Le Conseil des ministres entendu,

**Promulgue l'ordonnance dont la teneur suit :**

TITRE I  
**DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 1<sup>er</sup>** : La présente ordonnance porte statut général de la fonction publique. Elle détermine les règles statutaires applicables aux fonctionnaires et les garanties fondamentales qui leur sont accordées dans le cadre de l'exercice de leurs missions au service de l'Etat.

Chapitre 1

**Champ d'application**

**Article 2** : Le présent statut s'applique aux fonctionnaires exerçant au sein des institutions et administrations publiques.

Il est entendu par institutions et administrations publiques, les institutions publiques, les administrations centrales de l'Etat, les services déconcentrés en dépendant, les collectivités territoriales, les établissements publics à caractère administratif, les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, les établissements publics à caractère scientifique et technologique et tout établissement public dont les personnels peuvent être soumis aux dispositions du présent statut.

Les magistrats, les personnels militaires et civils de la défense nationale et les personnels du Parlement ne sont pas soumis aux dispositions de la présente ordonnance.

**Article 3** : Des statuts particuliers, pris par décret, préciseront pour les différents corps de fonctionnaires les dispositions du présent statut. Toutefois et compte tenu des spécificités inhérentes aux corps des agents diplomatiques et consulaires, des personnels enseignants de l'enseignement supérieur, des chercheurs, des personnels appartenant aux corps spécifiques de la sûreté nationale, de la garde communale, de l'administration des forêts, de la protection civile, des transmissions nationales, de la sécurité des communications et des télécommunications, de l'administration pénitentiaire et de l'administration des douanes ainsi que les personnels relevant du corps des greffes de juridictions et des corps spécifiques de l'administration des affaires religieuses, les statuts particuliers les régissant peuvent prévoir des dispositions dérogeant à la présente ordonnance en matière de droits et obligations, de déroulement de la carrière et de discipline générale.

Chapitre 2

**La relation statutaire**

**Article 4** : Est fonctionnaire l'agent qui, nommé dans un emploi public, a été titularisé dans un grade de la hiérarchie administrative. La titularisation est l'acte par lequel le fonctionnaire est confirmé dans son grade.

**Article 5** : Le grade est distinct de l'emploi. Il est le titre qui confère à son titulaire vocation à occuper les emplois correspondants.

**Article 6** : Le corps regroupe un ensemble de fonctionnaires appartenant à un ou plusieurs grades et qui sont régis par le même statut particulier.

**Article 7** : Le fonctionnaire est vis-à-vis de l'administration dans une situation statutaire et réglementaire.

**Article 8** : Les corps de fonctionnaires sont classés selon les niveaux de qualification requis au sein des quatre (4) groupes suivants  
Le groupe "A" comprend l'ensemble des fonctionnaires ayant le niveau de qualification requis pour l'exercice d'activités de conception, de recherche, d'études ou tout niveau de qualification comparable ;

Le groupe "B" comprend l'ensemble des fonctionnaires ayant le niveau de qualification requis pour l'exercice d'activités d'application ou tout niveau de qualification comparable ;

Le groupe "C" comprend l'ensemble des fonctionnaires ayant le niveau de qualification requis pour l'exercice d'activités de maîtrise ou tout niveau de qualification comparable;

Le groupe "D" comprend l'ensemble des fonctionnaires ayant le niveau de qualification requis pour l'exercice d'activités d'exécution ou tout niveau de qualification comparable.

Les groupes peuvent être scindés en sous-groupes.

**Article 9** : Toute nomination à un emploi dans les institutions et administrations publiques doit pourvoir régulièrement à une vacance d'emploi.

Chapitre 3

**Les postes supérieurs et les fonctions supérieures de l'État**

**Article 10** : Outre les emplois correspondant à des grades de fonctionnaires, il est créé des postes supérieurs.

Les postes supérieurs sont des emplois spécifiques d'encadrement à caractère structurel ou fonctionnel. Ils permettent d'assurer la prise en charge de l'encadrement d'activités administratives et techniques, au niveau des institutions et administrations publiques.

**Article 11** : Les postes supérieurs visés à l'article 10 ci dessus sont créés par

- les statuts particuliers régissant certains corps de fonctionnaires, lorsqu'il s'agit des postes supérieurs à caractère fonctionnel ;
- les dispositifs réglementaires relatifs à la création et l'organisation des institutions et administrations publiques, lorsqu'il s'agit des postes supérieurs à caractère structurel.

**Article 12** : Les conditions de nomination aux postes supérieurs sont fixées par voie réglementaire.

Toutefois les postes supérieurs en rapport avec des activités d'étude ou d'encadrement de projets peuvent être pourvus, à titre exceptionnel, par des cadres qualifiés n'ayant pas la qualité de fonctionnaire.

**Article 13** : La nomination aux postes supérieurs est réservée aux fonctionnaires.

**Article 14** : Les titulaires des postes supérieurs bénéficient, en plus de la rémunération rattachée à leur grade, d'une bonification indiciaire, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

**Article 15 :** Dans le cadre de l'organisation des institutions et administrations publiques, il est créé des fonctions supérieures de l'État. La fonction supérieure de l'État consiste dans l'exercice d'une responsabilité au nom de l'État, en vue de concourir directement à la conception, l'élaboration ou la mise en oeuvre des politiques publiques.

**Article 16 :** La nomination aux fonctions supérieures de l'État relève du pouvoir discrétionnaire de l'autorité habilitée.

**Article 17 :** La liste des fonctions supérieures de l'État, les conditions de nomination, les droits et obligations qui s'y rattachent ainsi que le mode de rémunération applicable à leurs titulaires sont fixés par voie réglementaire.

**Article 18 :** La nomination d'un non-fonctionnaire à une fonction supérieure de l'État ou à un poste supérieur ne confère ni la qualité de fonctionnaire, ni le droit d'être nommé en cette qualité.

#### Chapitre 4

##### Les autres régimes juridiques de travail

**Article 19 :** Les emplois correspondant à des activités d'entretien, de maintenance ou de service, dans les institutions et administrations publiques, sont soumis au régime de la contractualisation.

La liste des emplois prévus au présent article est fixée par voie réglementaire.

**Article 20 :** Il peut être procédé, à titre exceptionnel, au recrutement d'agents contractuels sur des emplois destinés à des fonctionnaires, dans les cas suivants

- en attendant l'organisation d'un concours de recrutement ou la mise en place d'un nouveau corps de fonctionnaires;
- en vue de pourvoir à la vacance momentanée d'un emploi.

**Article 21 :** A titre exceptionnel, il peut être procédé au recrutement d'agents contractuels autres que ceux prévus aux articles 19 et 20 ci-dessus, pour la prise en charge d'opérations revêtant un caractère conjoncturel.

**Article 22 :** Les agents visés aux articles 19 à 21 ci-dessus sont recrutés, selon le cas et en fonction des besoins des institutions et administrations publiques, par voie de contrat à durée déterminée ou indéterminée, à temps plein ou à temps partiel.

Les emplois qu'ils occupent ne leur confèrent ni la qualité de fonctionnaire, ni le droit à une intégration dans un grade de la fonction publique.

**Article 23 :** Les fonctionnaires occupant les emplois prévus à l'article 19 ci-dessus, à la date de publication de la présente ordonnance, conservent la qualité de fonctionnaire.

**Article 24 :** Les modalités de recrutement des agents visés aux articles 19 à 21 ci-dessus, leurs droits et obligations, les éléments constitutifs de leur rémunération, les règles relatives à leur gestion, ainsi que le régime disciplinaire qui leur est applicable sont fixés par voie réglementaire.

**Article 25 :** La réalisation de travaux ponctuels d'expertise, d'étude ou de conseil, pour le compte des institutions et administrations publiques, peut s'effectuer dans un cadre conventionnel, par des consultants justifiant du niveau de qualification requis. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

#### TITRE II

### GARANTIES, DROITS ET OBLIGATIONS DU FONCTIONNAIRE

#### Chapitre 1<sup>er</sup>

##### Garanties et droits du fonctionnaire

**Article 26 :** La liberté d'opinion est garantie au fonctionnaire dans la limite de l'obligation de réserve qui lui incombe.

**Article 27 :** Aucune discrimination ne peut être faite entre les fonctionnaires, en raison de leurs opinions, de leur sexe, de leur origine ainsi que de toute autre condition personnelle ou sociale.

**Article 28 :** L'adhésion à une organisation syndicale ou à une association ne doit nullement influencer sur la carrière du fonctionnaire.

Sous réserve des cas d'interdiction prévus par la législation en vigueur, l'appartenance ou la non-appartenance à un parti politique ne doit en aucune manière affecter la carrière du fonctionnaire.

**Article 29 :** La carrière du fonctionnaire, candidat à un mandat électif politique ou syndical, ne peut, en aucune manière, être affectée par les opinions qu'il émet avant ou pendant son mandat.

**Article 30 :** L'Etat est tenu de protéger le fonctionnaire contre les menaces, outrages, injures, diffamations ou attaques de quelque nature que ce soit, dont il peut être l'objet, dans ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et de réparer le préjudice qui en résulterait.

L'Etat est, dans ces conditions, subrogé aux droits du fonctionnaire pour obtenir réparation de l'auteur des faits.

L'Etat dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe qu'il peut exercer, au besoin, par voie de constitution de partie civile devant la juridiction compétente.

**Article 31 :** Lorsqu'un fonctionnaire est poursuivi par un tiers pour faute de service, l'institution ou l'administration publique dont il relève doit le couvrir des condamnations civiles prononcées à son encontre, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire.

**Article 32 :** Le fonctionnaire a droit, après service fait, à une rémunération.

**Article 33 :** Le fonctionnaire a droit à la protection sociale et à la retraite, dans le cadre de la législation en vigueur.

**Article 34 :** Le fonctionnaire bénéficie des oeuvres sociales, dans le cadre de la législation en vigueur.

**Article 35 :** Le fonctionnaire exerce le droit syndical, dans le cadre de la législation en vigueur.

**Article 36 :** Le fonctionnaire exerce le droit de grève, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur.

**Article 37 :** Le fonctionnaire doit bénéficier de conditions de travail de nature à préserver sa dignité, sa santé et son intégrité physique et morale.

**Article 38 :** Le fonctionnaire a droit à la formation, au perfectionnement et à la promotion durant sa carrière.

**Article 39 :** Le fonctionnaire a droit aux congés prévus par la présente ordonnance.

#### Chapitre 2

##### Obligations du fonctionnaire

**Article 40 :** Dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire est tenu de respecter et de faire respecter l'autorité de l'Etat, conformément aux lois et règlements en vigueur.

**Article 41 :** Le fonctionnaire est tenu d'exercer ses fonctions en toute loyauté et impartialité.

**Article 42 :** Le fonctionnaire doit s'abstenir de tout acte incompatible avec la nature de ses fonctions, même en dehors du service. Il est tenu d'avoir, en toute circonstance, une conduite digne et respectable.

**Article 43 :** Les fonctionnaires consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer une activité lucrative, à titre privé, de quelque nature que ce soit.

**Article 44 :** Nonobstant les dispositions de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 43 ci-dessus, les fonctionnaires appartenant aux corps des enseignants de l'enseignement supérieur, des chercheurs ainsi qu'au corps des praticiens médicaux spécialistes peuvent exercer une activité lucrative, à titre privé, en rapport avec leur spécialité.

**Article 45 :** Sous peine de sanctions disciplinaires prévues par le présent statut, il est interdit à tout fonctionnaire, quelle que soit sa position dans la hiérarchie administrative, d'avoir, par lui-même ou par personne interposée et sous quelque dénomination que ce soit, à l'intérieur ou à l'extérieur du pays, des intérêts de nature à compromettre son indépendance ou à constituer une entrave à l'exercice normal de sa mission, dans une entreprise soumise au contrôle ou en relation avec l'administration dont il relève.

**Article 46 :** Lorsque le conjoint d'un fonctionnaire exerce, à titre professionnel, une activité privée lucrative, déclaration doit en être faite à l'administration dont relève le fonctionnaire. L'autorité compétente prend, s'il y a lieu, les mesures propres à sauvegarder l'intérêt du service.

- la structure centrale de la fonction publique ;
- le conseil supérieur de la fonction publique ;
- les organes de participation et de recours.

L'absence de déclaration constitue une faute professionnelle passible de sanctions disciplinaires, tel que prévu à l'article 163 de la présente ordonnance.

**Article 47 :** Tout fonctionnaire, quel que soit son rang dans la hiérarchie administrative, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

La responsabilité propre de ses subordonnés ne le dégage nullement des responsabilités qui lui incombent.

**Article 48 :** Le fonctionnaire est tenu au secret professionnel. Il ne doit divulguer, en dehors des nécessités de service, aucun document, fait ou information, dont il a connaissance ou qu'il détient à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. Il ne peut être délié du secret professionnel qu'après autorisation écrite de l'autorité hiérarchique habilitée.

Toutefois, les fonctionnaires sont autorisés à exercer des tâches de formation, d'enseignement ou de recherche à titre d'occupation accessoire, dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Ils peuvent également produire des ouvrages scientifiques, littéraires ou artistiques.

**Article 49 :** Le fonctionnaire veille à la protection et à la sécurité des documents administratifs.

Toute dissimulation, détournement ou destruction de dossiers, pièces ou documents administratifs sont interdits et exposent leur auteur à des sanctions disciplinaires, sans préjudice des poursuites pénales.

Dans ce cas, le fonctionnaire ne pourra mentionner sa qualité ou son titre administratif, à l'occasion de la publication de ses ouvrages, qu'avec l'accord de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

**Article 50 :** Le fonctionnaire est tenu, dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, de préserver le patrimoine de l'administration.

**Article 51 :** Le fonctionnaire ne doit, en aucun cas, utiliser les locaux, équipements et moyens de l'administration, à des fins personnelles ou étrangères au service.

**Article 52 :** Le fonctionnaire doit agir avec correction et déférence dans ses relations avec ses supérieurs hiérarchiques, ses collègues et ses subordonnés.

L'autorité compétente veille à assurer la sauvegarde des intérêts du service et prend, en tant que de besoin, toute mesure appropriée.

Les conditions et les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 53 :** Le fonctionnaire est tenu d'agir envers les usagers du service public avec courtoisie et diligence.

**Article 54 :** Sous peine de poursuites judiciaires, il est interdit à tout fonctionnaire de solliciter, exiger ou recevoir directement ou par personne interposée, en contrepartie d'une prestation effectuée dans le cadre de ses fonctions, des présents, dons, gratifications ou avantages quelconques, de quelque nature que ce soit.

### TITRE III

#### LA STRUCTURE CENTRALE ET LES ORGANES DE LA FONCTION PUBLIQUE

**Article 55 :** La structure centrale et les organes de la fonction publique sont :

- la structure centrale de la fonction publique ;
- le conseil supérieur de la fonction publique ;
- les organes de participation et de recours.

#### Chapitre 1

##### La structure centrale de la fonction publique

**Article 56 :** La structure centrale de la fonction publique est une administration permanente de l'État chargée notamment :

- de proposer les éléments de la politique gouvernementale en matière de fonction publique et les mesures nécessaires à sa mise en œuvre ;
- de veiller, en liaison avec les administrations concernées, à l'application du statut général de la fonction publique et d'assurer la conformité des textes pris pour son application ;
- d'assurer le contrôle de la régularité des actes administratifs se rapportant à la gestion de la carrière des fonctionnaires ;
- d'effectuer l'évaluation de la gestion des ressources humaines dans les institutions et administrations publiques et d'assurer la régulation des effectifs ;
- de mettre en œuvre la politique de formation et de perfectionnement des fonctionnaires ;
- de représenter, le cas échéant, les intérêts de l'État employeur auprès des juridictions.

**Article 57 :** Les attributions, l'organisation et le fonctionnement de la structure centrale chargée de la fonction publique sont fixés par voie réglementaire.

#### Chapitre 2

##### Le conseil supérieur de la fonction publique

**Article 58 :** Il est institué un organe de concertation dénommé « conseil supérieur de la fonction publique » >>

**Article 59 :** Le conseil supérieur de la fonction publique est chargé

- de définir les grands axes de la politique du Gouvernement en matière de fonction publique ;
- de déterminer la politique de formation et de perfectionnement des fonctionnaires ;
- d'examiner la situation de l'emploi dans la fonction publique au plan quantitatif et qualitatif ;
- de veiller au respect des règles d'éthique au sein de la fonction publique ;
- de proposer toute mesure de nature à promouvoir la culture du service public.

En outre, il est consulté sur tout projet de texte législatif en rapport avec le secteur de la fonction publique.

**Article 60 :** Le conseil supérieur de la fonction publique est composé de représentants

- d'administrations centrales de l'État ;
- d'établissements publics ;
- de collectivités territoriales ;
- des organisations syndicales des travailleurs salariés les plus représentatives au plan national, au sens des dispositions de la loi n° 90-14 du 2 juin 1990, susvisée.

Il comprend, en outre, des personnalités choisies pour leur compétence dans le domaine de la fonction publique.

La composition, l'organisation et le fonctionnement du conseil supérieur de la fonction publique sont fixés par voie réglementaire.

**Article 61 :** Le conseil supérieur de la fonction publique adresse au Président de la République un rapport annuel sur la situation de la fonction publique.

#### Chapitre 3

##### Les organes de participation et de recours

**Article 62 :** Dans le cadre de la participation des fonctionnaires à la gestion de leur carrière, il est institué :

- des commissions administratives paritaires ;
- des commissions de recours ;
- des comités techniques.



**Article 63:** Les commissions administratives paritaires sont créées, selon le cas, par grade ou ensemble de grades, corps ou ensemble de corps de niveaux de qualification équivalents, auprès des institutions et administrations publiques.

Ces commissions comprennent, en nombre égal, des représentants de l'administration et des représentants élus des fonctionnaires. Elles sont présidées par l'autorité auprès de laquelle elles sont placées ou son représentant choisi parmi les membres désignés au titre de l'administration.

**Article 64 :** Les commissions administratives paritaires sont consultées sur les questions d'ordre individuel concernant la carrière des fonctionnaires.

Elles siègent, en outre, en jury de titularisation et en conseil de discipline

**Article 65 :** Il est créé une commission de recours auprès de chaque ministre, wali, ainsi qu'auprès de chaque responsable habilité de certaines institutions ou administrations publiques.

Ces commissions sont composées, pour moitié, de représentants de l'administration et, pour moitié, de représentants élus des fonctionnaires.

Elles sont présidées par l'autorité auprès de laquelle elles sont placées ou son représentant choisi parmi les membres désignés, au titre de l'administration. Les représentants des fonctionnaires aux commissions administratives paritaires élisent en leur sein leurs représentants dans les commissions de recours.

**Article 66 :** Les commissions de recours doivent être mises en place dans un délai de deux (2) mois après l'élection des membres des commissions administratives paritaires.

**Article 67 :** Les commissions de recours sont saisies par le fonctionnaire, pour les sanctions disciplinaires des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> degrés prévues à l'article 163 de la présente ordonnance.

**Article 68 :** Les candidats à un mandat électif pour la représentation des fonctionnaires au sein des commissions paritaires sont présentés par les organisations syndicales représentatives.

Lorsque le nombre de votants est inférieur à la moitié des électeurs, il est procédé à un second tour d'élection.

Dans ce cas, tout fonctionnaire remplissant les conditions d'éligibilité peut se porter candidat. Le scrutin est, alors, validé quel que soit le nombre de votants.

**Article 69:** Lorsqu'il n'existe pas d'organisations syndicales représentatives au sein d'une institution ou administration publique, les fonctionnaires remplissant les conditions d'éligibilité peuvent se porter candidats à l'élection des commissions administratives paritaires.

**Article 70 :** Les comités techniques sont consultés sur les questions relatives aux conditions générales de travail ainsi qu'à l'hygiène et à la sécurité au sein des institutions et administrations publiques concernées.

**Article 71 :** Les comités techniques sont créés auprès des institutions et administrations publiques. Ils sont composés d'un nombre égal de représentants de l'administration et de représentants élus des fonctionnaires.

Ils sont présidés par l'autorité auprès de laquelle ils sont placés ou son représentant choisi parmi les membres désignés au titre de l'administration. Les représentants des fonctionnaires aux commissions administratives paritaires élisent en leur sein leurs représentants dans les comités techniques.

Ils peuvent, en outre, préciser les corps pour lesquels l'accès est subordonné à une enquête administrative préalable.

**Article 72 :** Les membres représentants de l'administration au sein des commissions administratives paritaires, des commissions de recours et des comités techniques sont désignés par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

**Article 73 :** Les attributions, la composition, l'organisation, le fonctionnement, le règlement intérieur-type des commissions prévues à l'article 62 ci-dessus ainsi que les modalités de déroulement des élections sont fixés par voie réglementaire.

#### TITRE IV

### ORGANISATION ET DEROULEMENT DE LA CARRIERE

#### Chapitre 1<sup>er</sup>

##### Le recrutement

**Article 74 :** Le recrutement des fonctionnaires est soumis au principe de l'égal accès aux emplois publics.

**Article 75 :** Nul ne peut être recruté en qualité de fonctionnaire s'il ne remplit pas les conditions suivantes :

- être de nationalité algérienne ;
- jouir de ses droits civiques ;
- ne pas avoir de mentions au bulletin du casier judiciaire incompatibles avec l'exercice de l'emploi postulé ;
- être en situation régulière au regard du service national ;
- avoir l'âge, l'aptitude physique et mentale, ainsi que les qualifications exigées pour l'accès à l'emploi postulé.

**Article 76 :** L'administration peut, le cas échéant, organiser un contrôle médical pour le recrutement dans certains corps de fonctionnaires.

**Article 77 :** Les statuts particuliers peuvent préciser, en tant que de besoin, et compte tenu des spécificités inhérentes à certains corps, les conditions de recrutement prévues à l'article 75 ci-dessus.

**Article 78 :** L'âge minimum pour l'accès à un emploi de la fonction publique est fixé à 18 ans révolus.

**Article 79 :** L'accès au grade est subordonné à la justification d'une qualification attestée par des titres, diplômes ou niveau de formation.

**Article 80 :** Le recrutement dans un emploi de la fonction publique s'effectue par voie de

- concours sur épreuves ;
- concours sur titres pour certains corps de fonctionnaires ;
- test professionnel ;
- recrutement direct, parmi les candidats ayant subi une formation spécialisée prévue par les statuts particuliers, auprès d'établissements de formation habilités.

**Article 81 :** Les candidats aux concours sur épreuves, concours sur titres ou tests professionnels sont déclarés admis par un jury, qui établit une liste de classement par ordre de mérite.

**Article 82 :** Les modalités d'organisation et de déroulement des concours prévus à l'article 80 ci-dessus sont déterminées par voie réglementaire.

#### Chapitre 2

##### Le stage

**Article 83 :** Tout candidat recruté dans un grade de la fonction publique est nommé en qualité de stagiaire.

Toutefois, les statuts particuliers peuvent, compte tenu des qualifications élevées requises pour l'accès à certains grades, prévoir la titularisation directe dans le grade.

**Article 84 :** Le stagiaire est astreint, selon la nature des tâches inhérentes au grade auquel il a vocation à appartenir, à l'accomplissement d'un stage probatoire d'une durée d'une année qui peut, pour certains corps, être assorti d'une formation préparatoire à l'occupation de l'emploi.

**Article 85 :** A l'issue de la période de stage, prévue à l'article 84 ci-dessus, le stagiaire est soit

**Article 86 :** La titularisation du stagiaire est proposée par l'autorité hiérarchique habilitée. Elle est subordonnée à l'inscription sur une liste d'aptitude et soumise à la commission administrative paritaire compétente.

**Article 87 :** Le stagiaire est assujéti aux mêmes obligations que le fonctionnaire et bénéficie des mêmes droits, sous réserve des dispositions du présent statut.

**Article 88 :** Le stagiaire ne peut faire l'objet de mutation, de détachement ou de mise en disponibilité.

**Article 89 :** Le stagiaire ne peut être éligible à une commission administrative paritaire, une commission de recours ou un comité technique. Il peut, toutefois, participer à l'élection des représentants des fonctionnaires appartenant au grade ou corps dans lequel il a vocation à être titularisé.

**Article 90 :** La période de stage est une période d'activité. Elle est prise en compte dans le calcul de l'ancienneté pour la promotion, l'avancement et la retraite.

- l'octroi d'avantages liés au rendement et à la performance ;  
- l'octroi de distinctions honorifiques et récompenses.

**Article 91 :** Les questions relatives à la situation administrative du stagiaire relèvent de la commission administrative paritaire compétente.

**Article 92 :** Les modalités d'application des dispositions du présent chapitre sont fixées par voie réglementaire.

#### Chapitre 3

##### La gestion administrative de la carrière du fonctionnaire

**Article 93 :** L'administration est tenue de constituer un dossier administratif pour chaque fonctionnaire.

Le dossier doit comporter l'ensemble des pièces concernant les titres et diplômes, l'état civil, la situation administrative du fonctionnaire. Ces pièces sont enregistrées, numérotées et classées sans discontinuité.

L'exploitation du dossier administratif est destinée exclusivement à la gestion de la carrière du fonctionnaire.

Aucune mention faisant état des opinions politiques, syndicales ou religieuses de l'intéressé ne doit y figurer.

**Article 94 :** Les fonctionnaires sont dotés d'une carte professionnelle. Ses caractéristiques et les conditions de son utilisation sont fixées par voie réglementaire.

- titularisé dans son grade ;

- astreint à une prorogation de stage, une seule fois, pour une même durée ;

**Article 95 :** Le pouvoir de nomination des fonctionnaires relève de l'autorité habilitée par les lois et règlements en vigueur.

- licencié sans préavis ni indemnité.

**Article 96 :** Tous les actes concernant la situation administrative du fonctionnaire lui sont notifiés. Les actes administratifs portant nomination, titularisation, promotion et cessation de fonctions des fonctionnaires sont publiés dans un bulletin officiel de l'institution ou de l'administration publique concernée.

Le contenu et les caractéristiques du bulletin officiel sont fixés par voie réglementaire.

#### Chapitre 4

##### L'évaluation du fonctionnaire

**Article 97 :** Tout fonctionnaire est soumis, au cours de sa carrière, à une évaluation continue et périodique destinée à apprécier, selon des méthodes appropriées, ses aptitudes professionnelles.

**Article 98 :** L'évaluation du fonctionnaire a pour finalité

- l'avancement ;

- la promotion ;

**Article 99 :** L'évaluation du fonctionnaire est fondée sur des critères objectifs destinés à apprécier notamment

- le respect des obligations générales et statutaires ;

- la compétence professionnelle ;

- l'efficacité et le rendement ;

- la manière de servir.

Les statuts particuliers peuvent prévoir d'autres critères, compte tenu des spécificités de certains corps.

- après une formation spécialisée ;

- par voie d'examen ou test professionnels ;

**Article 100 :** Les institutions et administrations publiques arrêtent, après avis des commissions administratives paritaires et accord de la structure centrale chargée de la fonction publique, des méthodes d'évaluation adaptées à la nature des activités des services concernés.

- au choix, par voie d'inscription sur liste d'aptitude, après avis de la commission paritaire, parmi les fonctionnaires justifiant de l'ancienneté requise.

Le fonctionnaire ne peut bénéficier de deux promotions consécutives, par voie d'inscription sur liste d'aptitude.

**Article 101 :** Le pouvoir d'évaluation et d'appréciation relève de l'autorité hiérarchique habilitée.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont précisées par les statuts particuliers.

L'évaluation est périodique. Elle donne lieu à une note chiffrée accompagnée d'une appréciation d'ordre général.

**Article 102 :** La note chiffrée est communiquée au fonctionnaire concerné qui peut la contester et saisir la commission administrative paritaire compétente qui peut proposer sa révision.

La fiche d'évaluation est versée au dossier du fonctionnaire.

**Article 103 :** Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par voie réglementaire.

#### Chapitre 5

##### La formation

**Article 104 :** En vue d'assurer l'amélioration des qualifications et la promotion professionnelle du fonctionnaire et sa préparation à de nouvelles missions, l'administration est tenue d'organiser de manière permanente des cycles de formation et de perfectionnement

**Article 105 :** Les conditions d'accès, les modalités d'organisation, la durée des cycles de formation et de perfectionnement ainsi que les droits et obligations qui en résultent pour le fonctionnaire sont fixés par voie réglementaire.

#### Chapitre 6

##### L'avancement et la promotion

**Article 106 :** L'avancement consiste dans le passage d'un échelon à l'échelon immédiatement supérieur et s'effectue de façon continue selon des rythmes et modalités qui sont fixés par voie réglementaire.

**Article 107 :** La promotion consiste dans la progression du fonctionnaire au cours de sa carrière, par le passage d'un grade au grade immédiatement supérieur relevant du même corps ou du corps immédiatement supérieur, selon les modalités ci-après :

- après une formation spécialisée ;

- par voie d'examen ou test professionnels ;

**Article 108 :** Le fonctionnaire promu dans les conditions prévues à l'article 107 ci-dessus est dispensé du stage.

**Article 109 :** Toute promotion impliquant le passage d'un groupe à un groupe immédiatement supérieur, tel que prévu à l'article 8 de la présente ordonnance, est subordonnée à une formation préalable prévue par les statuts particuliers ou à l'obtention du diplôme requis.

**Article 110 :** Les proportions affectées aux différents modes de promotion prévus à l'article 107 ci-dessus sont fixées par les statuts particuliers.

**Article 111 :** La gestion de la carrière des fonctionnaires est assurée dans le cadre d'une politique de gestion prévisionnelle des ressources humaines consacrée à travers des plans annuels de gestion des ressources humaines et des plans annuels ou pluriannuels de formation et de perfectionnement

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Les distinctions honorifiques et les récompenses**

**Article 112** : Des distinctions honorifiques et des récompenses peuvent être décernées aux fonctionnaires sous forme de médailles de mérite ou de courage et de brevets ministériels.

**Article 113** : Le fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, a fait preuve d'un acte de bravoure, dûment établi, ou d'efforts exceptionnels ayant contribué à améliorer la performance du service, peut bénéficier, après avis d'une commission *ad hoc* placée auprès de l'autorité ministérielle compétente, d'une distinction honorifique et/ou d'une récompense.

- sur titre, parmi les fonctionnaires qui ont obtenu au cours de leur carrière les titres et diplômes requis ;  
La composition, le fonctionnement et les attributions de la commission *ad hoc* sont fixés par voie réglementaire.

TITRE V

**CLASSIFICATION - REMUNERATION**

**Article 114** : Les groupes prévus à l'article 8 de la présente ordonnance sont subdivisés en catégories correspondant aux différents niveaux de qualification des fonctionnaires.

Chaque catégorie comporte des échelons correspondant à l'avancement du fonctionnaire dans son grade.

**Article 115** : Les catégories, les échelons et les indices y afférents constituent la grille indiciaire des traitements.

Le nombre de catégories, le seuil minimal et maximal de chaque catégorie, le nombre d'échelons ainsi que les règles d'avancement d'échelon sont fixés par voie réglementaire.

**Article 116** : Compte tenu du haut niveau de qualification requis, certains grades appartenant au groupe "A", prévu à l'article 8 de la présente ordonnance, peuvent être classés dans des subdivisions hors catégorie comportant des échelons et des indices, tels que prévus aux articles 114 et 115 ci-dessus.

**Article 117** : Lorsqu'un statut particulier n'a pas prévu de possibilité de promotion d'un fonctionnaire appartenant à un corps à grade unique, il est accordé une bonification indiciaire, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

**Article 118** : Les statuts particuliers fixent le classement catégoriel de chaque grade.

**Article 119** : La rémunération prévue à l'article 32 de la présente ordonnance comprend :

- le traitement ;
- les primes et indemnités.

Le fonctionnaire bénéficie, en outre, des prestations à caractère familial prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 120** : Le fonctionnaire, quel que soit son rang, est rémunéré par l'institution ou l'administration publique où il exerce effectivement

**Article 121** : Le traitement de base correspond à l'indice minimal de la catégorie. Il rémunère les obligations statutaires du fonctionnaire.

**Article 122** : Le traitement est déterminé en fonction de l'indice minimal du grade auquel s'ajoute l'indice correspondant à l'échelon occupé.

Il résulte du produit de l'indice de traitement et de la valeur du point indiciaire.

**Article 123** : La valeur du point indiciaire ainsi que les critères qui en déterminent l'évolution sont respectivement fixés par décret

**Article 124** : Les indemnités sont destinées à rémunérer les sujétions particulières inhérentes à l'exercice de certaines activités ainsi qu'au lieu et aux conditions spécifiques de travail.

Chaque échelon est affecté d'un indice correspondant à l'expérience professionnelle acquise par le fonctionnaire.

Les primes sont destinées à stimuler le rendement et la performance.

**Article 125** : Outre la rémunération prévue à l'article 119 ci-dessus, le fonctionnaire peut bénéficier d'indemnités compensatrices de frais engagés à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

**Article 126** : Toute prime ou indemnité est instituée par décret.

TITRE VI

**POSITIONS STATUTAIRES ET MOBILITE DES FONCTIONNAIRES**

**Article 127** : Le fonctionnaire est placé dans l'une des positions ci-après

- 1° - activité ;
- 2° - détachement ;
- 3° - hors-cadre ;
- 4° - mise en disponibilité ;
- 5° - service national.

Les statuts particuliers déterminent les proportions de fonctionnaires susceptibles d'être placés, sur leur demande, dans les positions prévues aux 2°, 3° et 4° ci-dessus.

Chapitre 1<sup>er</sup>

**La position d'activité**

**Article 128** : L'activité est la position du fonctionnaire qui exerce effectivement, dans l'institution ou l'administration publique dont il relève, les tâches liées à son grade d'appartenance ou à celles d'un des emplois prévus aux articles 10 et 15 de la présente ordonnance.

**Article 129** : Est considéré également en position d'activité, le fonctionnaire

- en congé annuel ;
- en congé de maladie ou accident de travail ;
- en congé de maternité ;
- en autorisation d'absence, telle que prévue aux articles 208 à 212 et 215 de la présente ordonnance ;
- rappelé pour accomplir une période de perfectionnement ou d'entretien dans le cadre de la réserve ;
- rappelé dans le cadre de la réserve ;
- admis à suivre un cycle de perfectionnement

**Article 130** : Des fonctionnaires appartenant à certains grades peuvent être mis en position d'activité auprès d'une institution ou d'une administration publique autre que celle dont ils relèvent, dans les conditions et selon les modalités fixées par les statuts particuliers.

**Article 131** : Des fonctionnaires peuvent être mis à la disposition d'associations nationales reconnues d'intérêt général ou d'utilité publique pour une durée de deux (2) années, renouvelable une fois.

Les fonctionnaires pouvant être mis à disposition doivent avoir des qualifications en rapport avec l'objet de l'association concernée.

Les fonctionnaires mis à disposition exercent leurs missions sous l'autorité du responsable de l'association auprès de laquelle ils sont placés et continuent à être rémunérés par leur institution ou administration d'origine.

**Article 132** : Les conditions et modalités d'application des dispositions du présent chapitre sont fixées par voie réglementaire.



## Chapitre 2

### La position de détachement

**Article 133** : Le détachement est la position du fonctionnaire qui, placé hors de son corps et/ou de son administration d'origine, continue à bénéficier dans son corps au sein de l'institution ou l'administration publique dont il relève, de ses droits à l'ancienneté, à l'avancement et à la retraite.

**Article 134** : Le détachement du fonctionnaire est prononcé de droit pour exercer

- une fonction de membre du Gouvernement ;
- un mandat électif permanent dans une institution nationale ou une collectivité territoriale ;
- une fonction supérieure de l'État ou un poste supérieur dans une autre institution ou administration publique ;
- un mandat syndical permanent dans les conditions fixées par la législation en vigueur ;
- pour suivre une formation prévue par les statuts particuliers ;
- pour représenter l'État auprès d'institutions ou organismes internationaux ;
- pour suivre une formation ou des études, lorsque le fonctionnaire est désigné par l'institution ou l'administration publique dont il relève.

**Article 135** : Le détachement peut être prononcé à la demande du fonctionnaire pour exercer

- auprès d'une autre institution ou administration publique et/ou dans un grade autre que son grade d'origine ;
- des fonctions de direction auprès d'entreprises ou d'organismes dans lesquels l'État détient tout ou partie du capital ;

**Article 136** : Le détachement est consacré par un acte administratif individuel pris par la ou les autorités habilitées et prononcé pour une durée minimale de six (6) mois et une durée maximale de cinq (5) ans.

Toutefois, la durée du détachement pour les cas prévus à l'article 134 ci-dessus est égale à celle de la fonction, du mandat, de la formation ou des études pour lesquels le détachement a été prononcé.

**Article 137** : Le fonctionnaire mis en position de détachement est soumis aux règles régissant l'emploi dans lequel il est détaché. Le fonctionnaire détaché est évalué et rémunéré par l'institution ou l'administration publique, l'entreprise ou l'organisme auprès duquel il est détaché.

Toutefois, le fonctionnaire détaché pour effectuer une formation ou des études, peut être rémunéré par l'institution ou l'administration publique à laquelle il appartient.

**Article 138** : A l'expiration de son détachement, le fonctionnaire est réintégré de plein droit dans son grade d'origine, même en surnombre. Le détachement est révocable.

**Article 139** : Les modalités d'application des dispositions du présent chapitre sont fixées par voie réglementaire.

## Chapitre 3

### La position hors cadre

**Article 140** : La position hors cadre est celle dans laquelle le fonctionnaire peut être placé, à sa demande, après épuisement de ses droits à détachement, dans le cadre des dispositions de l'article 135 ci-dessus, dans un emploi non régi par le présent statut

**Article 141** : Seuls les fonctionnaires appartenant au groupe "A", prévu à l'article 8 de la présente ordonnance, peuvent être placés dans la position hors cadre.

La position hors cadre est consacrée par un acte administratif individuel pris par l'autorité habilitée et ne peut excéder cinq (5) années. Les fonctionnaires en position hors cadre ne bénéficient pas des droits à l'avancement.

**Article 142** : Le fonctionnaire en position hors cadre est rémunéré et évalué par l'institution, l'entreprise ou l'organisme auprès duquel il est placé dans cette position.

**Article 143** : A l'expiration de la durée de la position hors cadre, le fonctionnaire est réintégré de plein droit dans son grade d'origine, même en surnombre.

**Article 144** : Les modalités d'application des articles 141 et 142 ci-dessus sont fixées par voie réglementaire.

## Chapitre 4

### La position de mise en disponibilité

**Article 145** : La mise en disponibilité consiste en la cessation temporaire de la relation de travail.

Cette position entraîne la suspension de la rémunération du fonctionnaire ainsi que ses droits à l'ancienneté, à l'avancement et à la retraite. Toutefois, le fonctionnaire conserve les droits acquis dans son grade d'origine à la date de sa mise en disponibilité.

**Article 146** : La mise en disponibilité est de droit dans les cas ci-après

- en cas d'accident, d'infirmité ou de maladie grave d'un ascendant, du conjoint ou d'un enfant à charge ;
- pour permettre à la femme fonctionnaire d'élever un enfant de moins de cinq (5) ans ;
- pour permettre au fonctionnaire de suivre son conjoint astreint à changer de résidence pour raison professionnelle ;
- pour assurer des fonctions de membre dirigeant d'un parti politique.

**Article 147** : Lorsque le conjoint du fonctionnaire est affecté auprès d'une représentation algérienne à l'étranger, d'une institution ou d'un organisme international ou chargé d'une mission de coopération, le fonctionnaire, qui ne peut bénéficier d'un détachement, est placé, de droit, en position de disponibilité.

Nonobstant les dispositions de l'article 149 ci-dessous, la durée de la mise en disponibilité est égale à la durée de la mission du conjoint du fonctionnaire.

**Article 148** : La mise en disponibilité pour convenance personnelle, notamment pour effectuer des études ou des travaux de recherche, peut être accordée à la demande du fonctionnaire, après deux (2) années de service effectif.

**Article 149** : La mise en disponibilité dans les cas prévus à l'article 146 ci-dessus est accordée pour une période minimale de six (6) mois, renouvelable, dans la limite maximale de cinq (5) années au cours de la carrière du fonctionnaire.

La mobilité des fonctionnaires

La mise en disponibilité pour convenance personnelle prévue à l'article 148 ci-dessus est accordée pour une période minimale de six (6) mois, renouvelable, dans la limite de (2) années dans la carrière du fonctionnaire.

La mise en disponibilité est consacrée par un acte individuel pris par l'autorité habilitée.

**Article 150** : Il est interdit au fonctionnaire placé en position de disponibilité d'exercer une activité lucrative de quelque nature que ce soit.

**Article 151** : L'administration peut, à tout moment, diligenter une enquête pour s'assurer que la mise en disponibilité du fonctionnaire correspond au motif pour lequel il a été placé dans cette position.

**Article 152** : A l'expiration de la période de mise en disponibilité, le fonctionnaire est réintégré de plein droit, dans son grade d'origine, même en surnombre.

**Article 153** : Les modalités d'application des dispositions du présent chapitre sont fixées par voie réglementaire.

## Chapitre 5

### La position de service national

**Article 154** : Le fonctionnaire appelé à effectuer son service national est placé dans la position dite de «service national ».

Dans cette position, le fonctionnaire conserve les droits à l'avancement et à la retraite.

Il ne peut prétendre au bénéfice d'aucune rémunération, sous réserve des dispositions législatives et réglementaires régissant le service national.

**Article 155** : A l'expiration de la période de service national, le fonctionnaire est réintégré de plein droit dans son grade d'origine, même en surnombre.

Il a priorité pour être affecté dans l'emploi qu'il occupait avant son incorporation, s'il est encore vacant ou dans un emploi équivalent.

Chapitre 6  
**La mobilité des fonctionnaires**

**Article 156** : La mobilité des fonctionnaires peut avoir un caractère général et périodique ou un caractère limité et ponctuel. Elle intervient dans la limite des impératifs du service.

Il est tenu compte également des vœux des intéressés, de leur situation de famille, de leur ancienneté et de leur valeur professionnelle.

**Article 157** : La mutation du fonctionnaire peut être prononcée, à sa demande, sous réserve des nécessités de service.

**Article 158** : Lorsque les nécessités de service le commandent, la mutation du fonctionnaire peut être prononcée d'office. L'avis de la commission administrative paritaire doit être recueilli, même après l'intervention de la décision de mutation. L'avis de la commission s'impose à l'autorité qui a prononcé la mutation.

**Article 159** : Le fonctionnaire qui a fait l'objet d'une mutation d'office pour nécessité de service bénéficie du remboursement des frais de transport, de déménagement ou d'installation, dans le cadre de la réglementation en vigueur.

TITRE VII  
**RÉGIME DISCIPLINAIRE**  
Chapitre 1<sup>er</sup>

**Principes généraux**

**Article 160** : Tout manquement aux obligations professionnelles, toute atteinte à la discipline, toute faute ou irrégularité commise par un fonctionnaire dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions constitue une faute professionnelle et expose son auteur à une sanction disciplinaire sans préjudice, le cas échéant, de poursuites pénales.

**Article 161** : La détermination de la sanction disciplinaire applicable au fonctionnaire est fonction du degré de gravité de la faute, des circonstances dans lesquelles elle a été commise, de la responsabilité du fonctionnaire concerné, des conséquences de la faute sur le fonctionnement du service, du préjudice causé au service ou aux usagers du service public.

**Article 162** : L'action disciplinaire est exercée par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Chapitre 2  
**Les sanctions disciplinaires**

**Article 163** : Les sanctions disciplinaires sont classées, en fonction de la gravité de la faute commise, en quatre (4) degrés

1° - 1<sup>er</sup> degré

- le rappel à l'ordre ;
- l'avertissement écrit ;
- le blâme.

2° - 2<sup>ème</sup> degré

- la mise à pied de 1 à 3 jours ;
- la radiation du tableau d'avancement

3° - 3<sup>ème</sup> degré

- la mise à pied de 4 à 8 jours ;
- l'abaissement d'un ou de deux échelons; - le déplacement d'office.

4° - 4<sup>ème</sup> degré

- la rétrogradation dans le grade immédiatement inférieur ;
- le licenciement

**Article 164** : Les statuts particuliers peuvent, compte tenu des spécificités de certains corps, prévoir d'autres sanctions dans le cadre des quatre (4) degrés fixés à l'article 163 ci-dessus.

**Article 165** : Les sanctions disciplinaires du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> degrés sont prononcées, par décision motivée de l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avoir provoqué les explications écrites de l'intéressé.

Les sanctions disciplinaires du 3<sup>ème</sup> et du 4<sup>ème</sup> degrés sont prononcées par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis conforme de la commission administrative paritaire compétente, siégeant en conseil de discipline, qui doit se prononcer dans un délai n'excédant pas les quarante-cinq (45) jours, à compter de la date de sa saisine.

**Article 166** : Le conseil de discipline doit être saisi, sur un rapport motivé de l'autorité investie du pouvoir de nomination, dans un délai maximal de quarante-cinq (45) jours, à compter de la date de la constatation de la faute.

Passé ce délai, la faute reprochée au fonctionnaire est prescrite.

**Article 167** : Le fonctionnaire à l'encontre duquel une procédure disciplinaire est engagée a droit à la notification des griefs formulés à son encontre et à la communication de l'intégralité de son dossier disciplinaire dans un délai de quinze (15) jours à compter du déclenchement de l'action disciplinaire.

**Article 168** : Le fonctionnaire traduit devant la commission administrative paritaire, siégeant en conseil de discipline, est tenu, sauf cas de force majeure, de comparaître en personne.

La date de sa comparution lui est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins quinze (15) jours à l'avance. Lorsque le fonctionnaire présente un motif valable justifiant son absence, il peut demander à la commission administrative paritaire compétente, siégeant en conseil de discipline, de se faire représenter par son défenseur.

En cas d'absence du fonctionnaire dûment convoqué ou du rejet du motif invoqué pour justifier son absence, l'action disciplinaire suit son cours.

**Article 169** : Le fonctionnaire peut présenter des observations écrites ou verbales et citer des témoins.

Il a le droit de se faire assister par un défenseur habilité ou par un fonctionnaire de son choix.

**Article 170** : La commission administrative paritaire, siégeant en conseil de discipline, délibère à huis clos.

Les décisions du conseil de discipline doivent être motivées.

La réhabilitation intervient de plein droit, deux (2) années après le prononcé de la sanction, si le fonctionnaire n'a fait l'objet d'aucune nouvelle sanction.

En cas de réhabilitation du fonctionnaire concerné, toute trace de sanction est effacée de son dossier.

**Article 171** : La commission administrative paritaire compétente, siégeant en conseil de discipline, peut demander, avant de statuer, à l'autorité investie du pouvoir de nomination, l'ouverture d'une enquête administrative.

**Article 172** : La décision portant sanction disciplinaire est notifiée au fonctionnaire concerné dans un délai n'excédant pas huit (8) jours, à compter de la date du prononcé de la décision. Elle est classée dans son dossier administratif.

**Article 173** : En cas de faute professionnelle grave commise par un fonctionnaire, pouvant entraîner une sanction du 4<sup>ème</sup> degré, l'auteur de la faute est immédiatement suspendu par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Pendant la durée de la suspension visée à l'alinéa ci-dessus l'intéressé perçoit la moitié de son traitement, ainsi que l'intégralité des indemnités à caractère familial.

**Article 174** : Le fonctionnaire qui a fait l'objet de poursuites pénales ne permettant pas son maintien en fonction est immédiatement suspendu.

Il peut bénéficier, pendant une période ne pouvant excéder six (6) mois, à compter de la date de la suspension, du maintien d'une quotité de traitement qui ne saurait être supérieure à la moitié de son traitement

**Article 175 :** Le fonctionnaire ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire du 3ème ou 4ème degré peut, dans un délai maximal d'un mois, après la date de notification de la décision, introduire un recours auprès de la commission de recours compétente.

#### Chapitre 3

#### Les fautes professionnelles

**Article 176 :** Le fonctionnaire, ayant fait l'objet d'une sanction du 1<sup>er</sup> ou 2ème degré peut demander sa réhabilitation à l'autorité investie du pouvoir de nomination, une année après la date du prononcé de la sanction.

**Article 177 :** Les fautes professionnelles sont définies par les présentes dispositions.  
Sans préjudice de leur qualification pénale, les fautes professionnelles sont classées en

- fautes du 1<sup>er</sup> degré ;
- fautes du 2<sup>ème</sup> degré ;
- fautes du 3<sup>ème</sup> degré ;
- fautes du 4<sup>ème</sup> degré.

**Article 178 :** Est considéré, notamment, comme faute du 1<sup>er</sup> degré, tout manquement à la discipline générale susceptible de porter atteinte au bon fonctionnement du service.

Lorsque le fonctionnaire suspendu fait l'objet d'une sanction autre que celle du 4<sup>ème</sup> degré ou lorsqu'il n'est pas reconnu coupable des faits qui lui sont reprochés ou lorsque la commission administrative paritaire ne s'est pas prononcée dans les délais prescrits, il est rétabli dans ses droits et la quotité de la rémunération retenue lui est reversée.

**Article 179 :** Sont considérés, notamment, comme fautes du 2<sup>ème</sup> degré, les actes par lesquels le fonctionnaire

- 1° - porte préjudice, par imprudence ou négligence à la sécurité des personnels et/ou des biens de l'administration ;
- 2° - transgresse des obligations statutaires, autres que celles prévues aux articles 180 et 181 ci-dessous.

**Article 180 :** Sont considérés, notamment, comme fautes professionnelles du 3<sup>ème</sup> degré, les faits par lesquels le fonctionnaire

- 1° - se rend coupable de détournement de documents de service ;
- 2° - dissimule des informations d'ordre professionnel qu'il est tenu de fournir dans l'exercice de ses fonctions ;
- 3° - refuse, sans motif valable, d'exécuter les instructions de l'autorité hiérarchique pour l'accomplissement de tâches liées à sa fonction ;
- 4° - divulgue ou tente de divulguer des secrets professionnels ;
- 5° - utilise à des fins personnelles ou à des fins étrangères au service les équipements ou les biens de l'administration.

Le fonctionnaire continue à percevoir la totalité des prestations familiales.

En tout état de cause, sa situation administrative n'est réglée que lorsque la décision de justice sanctionnant les poursuites pénales est devenue définitive.

**Article 181 :** Est considéré, notamment, comme fautes professionnelles du 4<sup>ème</sup> degré, le fait pour le fonctionnaire

- 1° - de bénéficier d'avantages, de quelque nature que ce soit, de la part d'une personne physique ou morale, en contrepartie d'un service rendu, dans le cadre de l'exercice de ses fonctions ;
- 2° - de commettre des actes de violence sur toute personne à l'intérieur du lieu de travail ;
- 3° - de causer, intentionnellement, des dégâts matériels graves aux équipements et au patrimoine immobilier de l'institution ou de l'administration publique, susceptibles d'entraver le bon fonctionnement du service ;
- 4° - de détruire des documents administratifs en vue de perturber le bon fonctionnement du service ;
- 5° - de falsifier les titres, diplômes ou tout autre document ayant permis son recrutement ou sa promotion ;
- 6° - de cumuler l'emploi qu'il occupe avec une autre activité lucrative, autre que celles prévues aux articles 43 et 44 de la présente ordonnance.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 182 :** Les statuts particuliers préciseront, en tant que de besoin et en fonction des spécificités de certains corps, les différents cas de fautes professionnelles prévus aux articles 178 à 181 ci-dessus.

**Article 183 :** Les cas de fautes professionnelles prévus aux articles 178 à 181 de la présente ordonnance donnent lieu à l'application de l'une des sanctions disciplinaires de même degré, telles que fixées à l'article 163 ci-dessus.

**Article 184 :** Lorsqu'un fonctionnaire est absent depuis au moins quinze (15) jours consécutifs, sans justification valable, l'autorité investie du pouvoir de nomination engage la procédure de révocation pour abandon de poste, après mise en demeure, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

**Article 185 :** Le fonctionnaire ayant fait l'objet d'un licenciement ou d'une révocation ne peut prétendre à un nouveau recrutement dans la fonction publique.

#### TITRE VIII

#### DURÉE LÉGALE DE TRAVAIL - REPOS LÉGAUX

##### Chapitre 1<sup>er</sup>

#### La durée légale de travail

**Article 186 :** La durée légale de travail applicable dans les institutions et administrations publiques est fixée conformément à la législation en vigueur.

**Article 187 :** La durée légale de travail peut être réduite pour les fonctionnaires exerçant des activités particulièrement pénibles et/ou dangereuses.

**Article 188 :** Les fonctionnaires relevant de certains corps peuvent, dans les conditions fixées par les statuts particuliers, être appelés, compte tenu des spécificités inhérentes au service, à effectuer leur activité en travail de nuit, entre 21 heures et 5 heures.

**Article 189 :** Sous réserve de l'amplitude journalière de travail effectif, prévue par la législation en vigueur, les fonctionnaires peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires.

Le recours aux heures supplémentaires doit répondre à une nécessité impérieuse de service et revêtir un caractère exceptionnel.

Dans tous les cas, les heures supplémentaires ne peuvent excéder 20% de la durée légale du travail.

**Article 190 :** Les conditions de travail de nuit, les modalités de recours aux heures supplémentaires ainsi que les droits y afférents sont fixés par voie réglementaire.

##### Chapitre 2

#### Les repos légaux

**Article 191 :** Le fonctionnaire a droit à une journée entière de repos hebdomadaire conformément à la législation en vigueur.

Toutefois, dans le cadre de l'organisation du travail et lorsque les impératifs de service l'exigent, le repos hebdomadaire peut être différé.

**Article 192 :** Le fonctionnaire a droit aux jours fériés, chômés et payés fixés par la législation en vigueur.

**Article 193 :** Le jour de repos hebdomadaire et les jours fériés sont des jours de repos légaux.

Le fonctionnaire qui a travaillé un jour de repos légal a droit à un repos compensateur d'égale durée.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

## TITRE IX CONGÉS - ABSENCES

### Chapitre 1<sup>er</sup>

#### Les congés

**Article 194 :** Le fonctionnaire a droit à un congé annuel rémunéré.

**Article 195 :** Les fonctionnaires exerçant dans certaines localités du territoire national, notamment dans les wilayas du Sud, ainsi que ceux exerçant à l'étranger dans certaines zones géographiques, peuvent bénéficier d'une bonification de congé.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

- les périodes de congé de maternité, maladie ou accident de travail ;

**Article 196 :** Le congé annuel est octroyé sur la base de la période de travail accomplie, au cours de la période de référence qui s'étend du 1<sup>er</sup> juillet de l'année précédant le congé au 30 juin de l'année du congé.

- les périodes de maintien ou de rappel au service national.

**Article 197 :** Le congé annuel rémunéré est calculé à raison de deux (2) jours et demi par mois de travail, sans que la durée globale n'excède 30 jours calendaires par année de travail.

**Article 198 :** Toute période égale à vingt-quatre (24) jours ouvrables ou à quatre (4) semaines de travail est équivalente à un mois de travail, lorsqu'il s'agit de fixer la durée du congé annuel rémunéré.

Toute période dépassant les quinze (15) jours ouvrables est équivalente à un mois de travail pour les fonctionnaires nouvellement recrutés.

**Article 199 :** Le fonctionnaire en congé peut être appelé à reprendre ses activités pour nécessité impérieuse de service.

**Article 200 :** Durant le congé annuel, la relation de travail ne peut être ni rompue, ni suspendue.

**Article 201 :** Le congé annuel est suspendu par la survenance d'une maladie ou d'un accident dûment justifié.

Le fonctionnaire bénéficie, dans ce cas, d'un congé de maladie et des droits y afférents prévus par la législation en vigueur.

**Article 202 :** Le congé de maladie de longue durée, tel que défini par la législation en vigueur, ne peut en aucun cas et quelle que soit sa durée, ouvrir droit à plus d'un mois de congé annuel.

**Article 203 :** Pour les congés de maladie, l'administration a la possibilité de faire procéder à un contrôle médical lorsqu'elle le juge nécessaire.

**Article 204 :** Sont considérées comme périodes de travail, pour la détermination de la durée du congé annuel

- la période de travail effectif ;

- la période de congé annuel ;

- les périodes d'absences autorisées par l'administration ;

- les périodes de repos légal prévues aux articles 191 et 192 ci-dessus ;

- pour suivre des études en rapport avec les activités exercées, dans la limite d'un crédit horaire n'excédant pas quatre (4) heures par semaine compatible avec les impératifs du service ou pour participer à des examens ou concours pour la durée des épreuves ;

- pour assurer un enseignement dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur ;

- pour la durée des sessions des assemblées dans lesquelles il exerce un mandat public électif, s'il n'a pas été placé en position de détachement ;

- pour s'acquitter d'une mission liée à une représentation syndicale, ou participer aux séminaires de formation syndicale,

conformément à la législation en vigueur ;

- pour participer à des manifestations internationales à caractère sportif ou culturel.

**Article 205 :** En aucun cas, le congé ne peut être compensé par une rémunération.

Pour les fonctionnaires nouvellement recrutés, la durée du congé est calculée au prorata de la période de travail accomplie.

**Article 206 :** Le report d'une année sur l'autre de tout ou partie du congé annuel est interdit.

Toutefois, l'administration peut, si les nécessités de service l'exigent ou le permettent, échelonner, reporter ou fractionner le congé annuel, dans la limite maximale de deux (2) années

### Chapitre 2

#### Les absences

**Article 207 :** Sauf pour les cas expressément prévus par la présente ordonnance, le fonctionnaire, quel que soit son rang, ne peut être rémunéré pour une période non travaillée.

Toute absence non justifiée est sanctionnée par une retenue sur la rémunération, au prorata de la durée de l'absence, sans préjudice des mesures disciplinaires prévues par le présent statut.

**Article 208 :** Le fonctionnaire peut bénéficier, sous réserve de justification préalable, d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, dans les cas suivants

- pour suivre des études en rapport avec les activités exercées, dans la limite d'un crédit horaire n'excédant pas quatre (4) heures par semaine compatible avec les impératifs du service ou pour participer à des examens ou concours pour la durée des épreuves ;

- pour assurer un enseignement dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur ;

- pour la durée des sessions des assemblées dans lesquelles il exerce un mandat public électif, s'il n'a pas été placé en position de détachement ;

- pour s'acquitter d'une mission liée à une représentation syndicale, ou participer aux séminaires de formation syndicale, conformément à la législation en vigueur ;

- pour participer à des manifestations internationales à caractère sportif ou culturel.

**Article 209 :** Le fonctionnaire peut également bénéficier d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, pour participer à des congrès et séminaires à caractère national ou international, en rapport avec ses activités professionnelles.

**Article 210 :** Le fonctionnaire a droit, une fois dans sa carrière, à un congé spécial rémunéré de trente (30) jours consécutifs pour accomplir le pèlerinage aux Lieux Saints de l'Islam.

**Article 211 :** La durée des autorisations d'absence, prévues aux articles 208 à 210 de la présente ordonnance, peut être augmentée des délais de route nécessaires.

**Article 212 :** Le fonctionnaire a droit à une absence spéciale rémunérée de trois (3) jours ouvrables, à l'occasion des événements familiaux suivants :

- mariage du fonctionnaire ;

- naissance d'un enfant du fonctionnaire ;

- circoncision d'un enfant du fonctionnaire ;

- mariage d'un descendant du fonctionnaire ;

- décès du conjoint du fonctionnaire ;

- décès d'un ascendant, d'un descendant ou collatéral direct du fonctionnaire ou de son conjoint.

**Article 213 :** Durant les périodes pré et postnatales, la femme fonctionnaire bénéficie du congé de maternité, conformément à la législation en vigueur.

**Article 214 :** Pendant une période d'une année à compter de l'expiration du congé de maternité, la mère allaitant son enfant dispose chaque jour de deux (2) heures d'absence payées pendant les six (6) premiers mois et d'une (1) heure pendant les six (6) derniers mois. Ces absences peuvent être réparties au cours de la journée à la convenance du fonctionnaire.

**Article 215** : Le fonctionnaire peut bénéficier d'autorisations exceptionnelles d'absence, non rémunérées, pour des raisons impérieuses dûment justifiées, dont la durée ne saurait excéder dix jours (10) calendaires par an.

#### TITRE X CESSATION D'ACTIVITE

**Article 216** : La cessation définitive d'activité entraînant la perte de la qualité de fonctionnaire résulte :

- de la perte ou de la déchéance de la nationalité algérienne ;
- de la déchéance des droits civiques ;
- de la démission régulièrement acceptée ;
- de la révocation ;
- du licenciement ;
- de l'admission à la retraite ;
- du décès.

La cessation définitive d'activité est prononcée dans les mêmes formes que la nomination.

**Article 217** : La démission est un droit reconnu au fonctionnaire qui s'exerce dans les conditions prévues par le présent statut.

**Article 218** : La démission ne peut résulter que d'une demande écrite du fonctionnaire marquant sa volonté non équivoque de rompre définitivement le lien qui l'unit à l'administration.

**Article 219** : Le fonctionnaire transmet sa demande, par la voie hiérarchique, à l'autorité investie du pouvoir de nomination. Il est tenu de s'acquitter des obligations attachées à ses fonctions, jusqu'à l'intervention de la décision de ladite autorité.

L'acceptation de la demande de démission la rend irrévocable.

**Article 220** : La démission n'a d'effet qu'autant qu'elle a fait l'objet d'une acceptation expresse par l'autorité investie du pouvoir de nomination, laquelle doit rendre sa décision dans un délai maximal de deux (2) mois, à compter de la date de dépôt de la demande.

Toutefois, l'autorité investie du pouvoir de nomination peut, pour des nécessités impérieuses de service, différer l'acceptation de la demande de démission de deux (2) mois, à compter de la date d'expiration du délai initial.

Passé ce délai, la démission devient effective.

#### TITRE XI DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

**Article 221** : Les dispositions statutaires en vigueur à la date de publication de la présente ordonnance au Journal officiel, notamment celles du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques et l'ensemble des textes pris pour son application ainsi que les textes relatifs aux rémunérations et aux régimes indemnitaires continuent de produire plein effet, jusqu'à l'intervention des textes réglementaires prévus par la présente ordonnance.

**Article 222** : L'alinéa 2 de l'article 22 de la loi n° 90-02 du 6 février 1990 relative à la prévention et au règlement des conflits collectifs de travail et à l'exercice du droit de grève est abrogé.

**Article 223** : La mise en oeuvre du système de classification et de rémunération prévu aux articles 114 à 126 de la présente ordonnance doit intervenir dans le respect des droits acquis des fonctionnaires.

**Article 224** : La présente ordonnance sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire. Fait à Alger, le 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

## Loi n° 06-12 du 22 Chaoual 1427 correspondant au 14 novembre 2006 portant approbation de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 Juillet 2006 portant statut général de la fonction publique

**Le Président de la République,**

Vu la Constitution, notamment ses articles 51, 122-26, 124 et 126 ;

Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;

**Après approbation par le parlement ;**

**Promulgue la loi dont la teneur suit :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Est approuvée l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique

**Article 2** : La présente loi sera publiée au journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 22 Choual 1427 correspondant au 14 novembre 2006.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**



**Ordonnance n°07-01 du 11 Safar 1428 correspondant au 1er mars 2007 relative aux incompatibilités et obligations particulières attachées à certains emplois et fonctions.**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 122 et 124 ;  
Vu l'ordonnance n°66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale ;  
Vu l'ordonnance n°66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;  
Vu l'ordonnance n°75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;  
Vu l'ordonnance n°75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce ;  
Vu le décret législatif n°93-10 du 23 mai 1993, modifié et complété, relatif à la bourse des valeurs mobilières ;  
Vu le décret législatif n°94-08 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 portant loi de finances complémentaire pour 1994, notamment son article 25 ;  
Vu l'ordonnance n°95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances ;  
Vu l'ordonnance n°96-22 du 23 Safar 1417 correspondant au 9 juillet 1996, modifiée et complétée, relative à la répression de l'infraction à la législation et à la réglementation des changes et des mouvements de capitaux de et vers l'étranger ;  
Vu la loi n°2000-03 du 5 Joumada El Oula 1421 correspondant au 5 août 2000 fixant les règles générales relatives à la poste et aux télécommunications ;  
Vu la loi n°2000-06 du 27 Ramadhan 1421 correspondant au 23 décembre 2000 portant loi de finances pour 2001, notamment son article 33 ;  
Vu l'ordonnance n°01-03 du Aouel Joumada Ethania 1422 correspondant au 20 août 2001, modifiée et complétée, relative au développement de l'investissement ;  
Vu l'ordonnance n°01-04 du Aouel Joumada Ethania 1422 correspondant au 20 août 2001 relative à l'organisation, la gestion et la privatisation des entreprises publiques économiques ;  
Vu la loi n°01-10 du 11 Rabie Ethani 1422 correspondant au 3 juillet 2001 portant loi minière ;  
Vu la loi n°02-01 du 22 Dhou El Kaada 1422 correspondant au 5 février 2002 relative à l'électricité et à la distribution du gaz par canalisation ;  
Vu l'ordonnance n°03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la concurrence ;  
Vu l'ordonnance n°03-11 du 27 Joumada Ethania 1424 correspondant au 26 août 2003 relative à la monnaie et au crédit ;  
Vu la loi n°04-08 du 27 Joumada Ethania 1425 correspondant au 14 août 2004 relative aux conditions d'exercice des activités commerciales ;  
Vu la loi n°05-07 du 19 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 28 avril 2005, modifiée et complétée, relative aux hydrocarbures ;  
Vu la loi n°05-12 du 28 Joumada Ethania 1426 correspondant au 4 août 2005 relative à l'eau ;  
Vu la loi n°06-01 du 21 Moharram 1427 correspondant au 20 février 2006 relative à la prévention et à la lutte contre la corruption ;  
Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;  
Le conseil des ministres entendu,

**Promulgue l'ordonnance dont la teneur suit :**

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente ordonnance a pour objet de définir les incompatibilités et les obligations particulières attachées à certains emplois et fonctions.

Elle s'applique aux titulaires d'un emploi d'encadrement ou d'une fonction supérieure de l'Etat exerçant au sein des institutions et administrations publiques, des établissements publics, des entreprises publiques économiques, y compris les sociétés mixtes où l'Etat détient 50% au moins du capital ainsi qu'au niveau des autorités de régulation ou tout autre organisme public assimilé assurant des missions de régulation, de contrôle ou d'arbitrage.

**Article 2 :** Sans préjudice des incompatibilités prévues par la législation et la réglementation en vigueur, est interdit, aux titulaires des emplois et fonctions cités à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, de détenir, en cours d'activité, par eux-mêmes ou par personnes interposées, à l'intérieur ou à l'extérieur du pays, des intérêts auprès d'entreprises ou d'organismes dont ils assurent un contrôle ou une surveillance ou avec lesquels ils ont conclu un marché ou émis un avis en vue de la passation d'un marché.

**Article 3 :** Sans préjudice des incompatibilités prévues par la législation et la réglementation en vigueur, à la fin de leur mission et ce, quel qu'en soit le motif, les titulaires des emplois et fonctions cités à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus ne peuvent exercer, pour une période de deux (2) années, une activité de consultation, une activité professionnelle de quelque nature que ce soit ou détenir des intérêts directs ou indirects auprès d'entreprises ou d'organismes dont ils ont eu à assurer un contrôle ou une surveillance, à conclure un marché ou à émettre un avis en vue de la passation d'un marché, ainsi qu'auprès de toute autre entreprise ou organisme opérant dans le même domaine d'activité.

**Article 4 :** A l'expiration de la période de deux (2) ans, l'exercice de toute activité professionnelle ou de consultation ainsi que la détention d'intérêts prévus à l'article 3 ci-dessus doit, pendant une période de trois (3) années, faire l'objet d'une déclaration écrite de l'intéressé auprès de l'organe de prévention et de lutte contre la corruption, et selon le cas, du dernier organisme employeur ou de l'autorité chargée de la fonction publique, dans un délai d'un (1) mois à compter de la date du début de l'exercice de l'activité.

**Article 5 :** En cas d'infraction aux dispositions des articles 2, 3, et 4 ci-dessus le dernier organisme employeur ou l'autorité chargée de la fonction publique, selon le cas, est tenu de procéder à la saisine des juridictions compétentes.

**Article 6 :** Est punie d'un emprisonnement de six (6) mois à un (1) an et d'une amende de 100.000 à 300.000 dinars algériens toute personne ayant contrevenu aux dispositions des articles 2 et 3 ci-dessus.

**Article 7 :** Est puni d'une amende de 200.000 à 500.000 dinars algériens le défaut de déclaration prévue à l'article 4 ci-dessus.

**Article 8 :** La présente ordonnance sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 11 Safar 1428 correspondant au 1<sup>er</sup> mars 2007.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

**Décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires.**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1er) ;  
Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 8, 114 à 126 ;  
Vu le décret n° 85-58 du 23 mars 1985, modifié et complété, relatif à l'indemnité d'expérience ;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions des articles 8 et 114 à 126 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le présent décret a pour objet de fixer la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires.

Chapitre I

**Grille indiciaire des traitements**

**Article 2** : La grille indiciaire des traitements comprend des groupes, des catégories et subdivisions hors catégories assorties d'indices minimaux et d'indices d'échelon correspondant à l'avancement du fonctionnaire dans son grade.

Les groupes, les catégories, les subdivisions hors catégories, les indices minimaux, les échelons et les indices correspondants sont fixés conformément au tableau ci-après :

**Grille indiciaire des traitements**

**Article 3** : La classification des grades dans les différents groupes, catégories et subdivisions hors catégories s'effectue en fonction des niveaux de qualification requis et du mode de recrutement prévu pour y accéder, conformément au tableau ci-après :

**Grille des niveaux de qualification**

Groupe	Catégorie	NIVEAU DE QUALIFICATION	
D	1	* Inférieur ou égal à la 6 <sup>ème</sup> année fondamentale	
	2	* 7 <sup>ème</sup> année fondamentale * 8 <sup>ème</sup> année fondamentale	
	3	*certificat de formation professionnelle spécialisée «CFPS » (7 <sup>ème</sup> AF- 8 <sup>ème</sup> AF + formation de 12 mois). *9 <sup>ème</sup> année fondamentale	
	4	*Brevet d'enseignement fondamental « BEF » ou brevet d'enseignement moyen « BEM ».	
	5	*Certificat d'aptitude professionnelle «CAP» (9 <sup>ème</sup> année fondamentale+12 à 18 mois de formation) *1 <sup>ère</sup> année secondaire	
	6	*Certificat de maîtrise professionnelle « CMP ». 2 <sup>ème</sup> année secondaire.	
C	7	*3 <sup>ème</sup> secondaire *2 <sup>ème</sup> année secondaire + 12 mois de formation *1 <sup>ère</sup> année secondaire + 24 mois de formation	
	8	*Baccalauréat. *Diplôme de technicien.	
B	9	*Baccalauréat + 24 mois de formation.	
	10	*Diplôme de technicien supérieur. *Diplôme d'études universitaires appliquées « D.E.U.A ». *Baccalauréat + 36 mois de formation.	
A	11	*Licence. *Licence (système LMD). *Diplôme d'études supérieures (DES).	
	12	*Diplôme de l'école nationale d'administration	
	13	*Baccalauréat + 5 années de formation supérieure *Master (système LMD). *Licence + Post-graduation spécialisée.	
	14	*Magister. *Diplôme de l'école nationale d'administration (nouveau régime).	
	15	*Catégorie réservée aux grades de promotion.	
	16	*Doctorat en médecine générale.	
	17	*Catégorie réservée aux grades de promotion.	
		Subdivision 1	*Magister (pour l'accès aux grades de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique). *Doctorat. *Doctorat d'Etat.
		Subdivision 2	*Diplôme d'études médicales spécialisées (DEMS).
		Subdivision 3	*Diplôme d'études médicales spécialisées (DEMS) (pour l'accès aux grades de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique).
	Subdivision 4	*Subdivision réservée aux grades de promotion.	
	Subdivision 5	*Doctorat en sciences médicales (DESM).	
	Subdivision 6	*Habilitation universitaire.	
	Subdivision 7	*Subdivision réservée aux grades de promotion.	

**Article 4** : Le fonctionnaire a droit, après service fait, à une rémunération qui comprend :

- le traitement ;
- les primes et indemnités.

**Article 5** : Le traitement résulte du produit de l'indice minimal de la catégorie de classement du grade, auquel s'ajoute l'indice correspondant à l'échelon occupé par la valeur du point indiciaire.

L'indice minimal multiplié par la valeur du point indiciaire correspond au traitement de base.

**Article 6** : Le traitement de base rémunère les obligations statutaires du fonctionnaire.

**Article 7 :** Les indemnités rémunèrent des sujétions particulières inhérentes à l'exercice de certaines activités ainsi qu'au lieu et aux conditions spécifiques de travail.

La prime rémunère le rendement et la performance.

**Article 8 :** La valeur du point indiciaire prévue à l'article 5 ci-dessus est fixée à quarante-cinq (45) DA.

Les critères qui déterminent son évolution sont fixés par décret.

#### Chapitre II

##### L'expérience professionnelle

**Article 9 :** La valorisation de l'expérience professionnelle acquise par le fonctionnaire se traduit par un avancement d'échelon.

**Article 10 :** L'avancement consiste dans le passage d'un échelon à l'échelon immédiatement supérieur, de façon continue, dans la limite de 12 échelons selon une durée variant de 30 à 42 ans.

**Article 11 :** L'ancienneté exigée pour l'avancement dans chaque échelon est fixée à trois durées d'avancement au plus, minimale, moyenne et maximale, conformément au tableau ci-après :

Avancement	Durée minimale	Durée moyenne	Durée maximale
D'un échelon à l'échelon immédiatement supérieur	2 ans et 6 mois	3 ans	3 ans et 6 mois
Total 12 échelons	30 ans	36 ans	42 ans

**Article 12 :** Le fonctionnaire bénéficie d'un avancement lorsqu'il, à l'année considérée, l'ancienneté

**Article 12 :** Le fonctionnaire bénéficie d'un avancement lorsqu'il réunit, à l'année considérée, l'ancienneté requise dans les durées minimale, moyenne ou maximale selon les proportions respectives de 4, 4 et 2 sur 10 fonctionnaires.

Lorsque le statut particulier consacre deux rythmes d'avancement, les proportions sont fixées respectivement à 6 et 4 sur 10 fonctionnaires.

**Article 13 :** L'avancement est de droit à la durée maximale sous réserve des dispositions de l'article 163 de l'ordonnance n°06-03 du 15 juillet 2006, susvisée.

**Article 14 :** Le fonctionnaire titulaire d'un poste supérieur ou d'une fonction supérieure de l'Etat bénéficie de droit d'un avancement à la durée minimale, hors les proportions prévues à l'article 12 ci-dessus.

**Article 15 :** Le fonctionnaire promu à un grade supérieur est reclassé à l'échelon correspondant à l'indice égal ou immédiatement supérieur à l'indice de l'échelon qu'il détient dans son grade d'origine.

Le reliquat d'ancienneté est préservé et pris en compte dans l'avancement dans le nouveau grade.

**Article 16 :** Lorsqu'un fonctionnaire a exercé une activité salariée avant son recrutement, il bénéficie après titularisation dans son grade, de la prise en compte de l'expérience professionnelle acquise au taux de :

\* 1,4% du traitement de base par année d'activité dans les institutions et administrations publiques ;

\* 0,7 % du traitement de base par année d'activité dans les autres secteurs.

#### Chapitre III

##### Dispositions transitoires

**Article 17 :** Le fonctionnaire est reclassé dans la grille indiciaire prévue à l'article 2 ci-dessus à la catégorie correspondant à la nouvelle classification de son grade et au même échelon qu'il détenait à la date d'effet du présent décret.

**Article 18 :** Lorsque la rémunération mensuelle d'un fonctionnaire, après reclassement, est inférieure ou égale à celle qui lui était servie antérieurement à la date d'effet du présent décret, il lui est attribué un différentiel de revenu dont le montant est égal à la différence entre les deux rémunérations.

Il bénéficie, en outre, d'un montant correspondant à l'avancement de deux échelons dans la catégorie de classement.

Le différentiel de revenu et le montant correspondant à l'avancement de deux (2) échelons sont servis en montants fixes jusqu'à la cessation d'activité du fonctionnaire.

**Article 19 :** En attendant l'adoption des textes réglementaires régissant les régimes indemnitaires, les fonctionnaires et agents publics prévus par l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée, conservent le bénéfice des primes et indemnités qui leur sont servies à la date d'effet du présent décret, à l'exception de l'indemnité de sujétion, l'indemnité de sujétion spéciale, l'indemnité spécifique globale, l'indemnité de service public local, l'indemnité d'investigation douanière, l'indemnité complémentaire, l'indemnité complémentaire de revenu et l'indemnité de servitude prévue par le décret exécutif n° 92-35 du 2 février 1992 portant institution d'indemnités au profit des personnels de l'inspection générale des finances.

**Article 20 :** Les primes et indemnités que les fonctionnaires continuent à percevoir en application de l'article 19 ci-dessus sont calculées conformément à la réglementation en vigueur à la date d'effet du présent décret.

#### Chapitre IV

##### Dispositions finales

**Article 21 :** Il est créé une commission interministérielle chargée d'émettre un avis technique préalable sur toutes les questions relatives aux rémunérations et notamment :

- la classification des grades et tout emploi prévu par l'ordonnance n°06-03 du 15 juillet 2006, susvisée ;
- la bonification indiciaire des postes supérieurs ;
- les régimes indemnitaires.

La commission est présidée par le directeur général de la fonction publique. Elle comprend en outre :

- un représentant du ministère des finances ;
- un représentant de l'institution ou du ministère concerné.

**Article 22 :** Les dispositions du présent décret prennent effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 quelle que soit la date d'adoption et de publication des statuts particuliers.

**Article 23 :** Toutes les dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

**Article 24 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**



**Décret exécutif n° 08-60 du 16 Safar 1429 correspondant au 23 février 2008 portant mesures transitoires d'application du décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires.**

Le Chef du Gouvernement,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);  
Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Jomada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Jomada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Jomada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : A titre transitoire et en attendant l'adoption des statuts particuliers, les grades des fonctionnaires des institutions et administrations publiques sont classés dans la grille indiciaire des traitements prévue par le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, conformément au tableau de translation annexé à l'original du présent décret.

**Article 2** : Les modalités de calcul de la rémunération des fonctionnaires s'effectuent conformément aux dispositions du décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé.

**Article 3** : Les modalités d'application du présent décret sont précisées par instruction interministérielle conjointe du ministre des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 4** : Les dispositions du présent décret cessent de produire leurs effets au fur et à mesure de l'adoption des statuts particuliers.

**Article 5** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, et sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 16 Safar 1429 correspondant au 23 février 2008.

**Abdelaziz BELKHADEM**

**Décret présidentiel n° 07-305 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 modifiant le décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990 fixant le mode de rémunération applicable aux fonctionnaires et agents publics exerçant des fonctions supérieures de l'Etat.**

Le Président de la République,  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1er) ;  
 Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment son article 17 ;  
 Vu le décret exécutif n° 90-226 du 25 juillet 1990, modifié et complété, fixant les droits et obligations des travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat ;  
 Vu le décret exécutif n° 90-227 du 25 juillet 1990, modifié et complété, fixant la liste des fonctions supérieures de l'Etat au titre de l'administration, des institutions et organismes publics ;  
 Vu le décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990, modifié, fixant le mode de rémunération applicable aux travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier le décret exécutif n°90-228 du 25 juillet 1990, modifié, fixant le mode de rémunération applicable aux travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat.

**Article 2** : L'alinéa 5 de l'article 3 du décret exécutif n°90-228 du 25 juillet 1990, susvisé, est modifié et rédigé comme suit :

« Art. 3 : .....

L'indemnité d'expérience professionnelle est égale à 2,5 % de l'indice de base par année d'exercice dans la fonction supérieure de l'Etat et ce dans la limite de 60%».

**Article 3** : Le tableau prévu à l'article 5 du décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990, susvisé, est modifié comme suit :

Catégorie	Section	Indice de base majoré en fonction des années d'exercice												
		Indice de base	2ans	4ans	6ans	8ans	10ans	12ans	14ans	16ans	18ans	20ans	22ans	24ans
	1	2900	3045	3190	3335	3480	3625	3770	3915	4060	4205	4350	4495	4640
	2	3050	3203	3355	3508	3660	3813	3965	4118	4270	4423	4575	4728	4880
	1	3200	3360	3520	3680	3840	4000	4160	4320	4480	4640	4800	4960	5120
	2	3350	3518	3685	3853	4020	4188	4355	4523	4690	4858	5025	5193	5360
	1	3500	3675	3850	4025	4200	4375	4550	4725	4900	5075	5250	5425	5600
	2	3650	3833	4015	4198	4380	4563	4745	4928	5110	5293	5475	5658	5840
	1	3800	3990	4180	4370	4560	4750	4940	5130	5320	5510	5700	5890	6080
	2	3950	4148	4345	4543	4740	4938	5135	5333	5530	5728	5925	6123	6320
	1	4100	4305	4510	4715	4920	5125	5330	5535	5740	5945	6150	6355	6560
	2	4250	4463	4675	4888	5100	5313	5525	5738	5950	6163	6375	6588	6800
	1	4400	4620	4840	5060	5280	5500	5720	5940	6160	6380	6600	6820	7040
	2	4550	4778	5005	5233	5460	5688	5915	6143	6370	6598	6825	7053	7280
		4700	4935	5170	5405	5640	5875	6110	6345	6580	6815	7050	7285	7520

**Article 4** : Le fonctionnaire ou agent public occupant une fonction supérieure de l'Etat est reclassé dans la grille prévue à l'article 3 ci-dessus aux mêmes catégorie, section et échelon qu'il détenait à la date d'effet du présent décret.

**Article 5** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 6** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

**Décret présidentiel n°07-306 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant le régime indemnitaire des fonctionnaires et agents publics exerçant des fonctions supérieures de l'Etat.**

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1er) ;

Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment son article 17 ;

Vu le décret exécutif n° 90-226 du 25 juillet 1990, modifié et complété, fixant les droits et obligations des travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat ;

Vu le décret exécutif n° 90-227 du 25 juillet 1990, modifié et complété, fixant la liste des fonctions supérieures de l'Etat au titre de l'administration, des institutions et organismes publics ;

Vu le décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990, modifié, fixant le mode de rémunération applicable aux travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat ;

Vu le décret exécutif n° 91-387 du 16 octobre 1991, modifié et complété, portant institution d'indemnités au profit des fonctionnaires et agents publics exerçant des fonctions supérieures de l'Etat ;

Vu le décret exécutif n°94-78 du 28 Chaoual 1414 correspondant au 9 avril 1994, modifié et complété, portant attribution d'une indemnité complémentaire au profit des fonctionnaires et agents publics autres que ceux classés dans l'échelle nationale indiciaire relative aux salaires ;

**Décrète:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de fixer le régime indemnitaire applicable aux fonctionnaires et agents publics exerçant des fonctions supérieures de l'Etat.

**Article 2** : Les titulaires des fonctions supérieures de l'Etat bénéficient d'une indemnité mensuelle de représentation calculée sur la base du traitement conformément au tableau ci-après :

Catégories et sections	Taux
A1, A2	40%
B1, B2, C1, C2	45%
D1, D2, et E1	50%
E2, F1, F2 et G	55%

**Article 3** : Les titulaires des fonctions supérieures de l'Etat ayant conservé le traitement attaché à leur grade, conformément aux dispositions de l'article 7 du décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990 fixant le mode de rémunération applicable aux travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat, bénéficient de l'indemnité de représentation calculée par référence au traitement de la fonction supérieure occupée.

**Article 4** : Sont abrogées les dispositions du décret exécutif n°91-387 du 16 octobre 1991, susvisé, et les dispositions du décret exécutif n° 94-78 du 28 Chaoual 1414 correspondant au 9 avril 1994, susvisé, en ce qui concerne l'indemnité complémentaire mensuelle accordée aux titulaires de fonctions supérieures de l'Etat.

**Article 5** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 6** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

**Décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques.**

Le Président de la République,  
 Vu la Constitution notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1er) ;  
 Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment son article 14 ;  
 Vu le décret n°86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;  
 Vu le décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 14 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le présent décret a pour objet de fixer les modalités d'attribution de la bonification indiciaire au profit des fonctionnaires et agents publics occupant des postes supérieurs structurels et fonctionnels dans les institutions et administrations publiques.

**Article 2** : Le titulaire d'un poste supérieur bénéficie d'une bonification indiciaire qui s'ajoute à la rémunération attachée à son grade.

Chapitre I

**Postes supérieurs fonctionnels et postes supérieurs structurels relevant des services centraux, déconcentrés et décentralisés de l'Etat**

**Article 3** : La bonification indiciaire attachée aux postes supérieurs fonctionnels et aux postes supérieurs structurels relevant des services centraux, déconcentrés et décentralisés de l'Etat s'effectue conformément au tableau ci-après :

Niveaux	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Bonification Indiciaire	25	35	45	55	75	105	145	195	255	325	405	495	595	705

**Article 4** : La bonification indiciaire prévue à l'article 3 ci-dessus est déterminée en fonction :

- du niveau de qualification requis pour l'accès au poste supérieur ;
- de l'importance des responsabilités correspondant au poste supérieur ;
- de la nature des activités attachées au poste supérieur.

**Article 5** : La bonification indiciaire est fixée :

- par les statuts particuliers régissant les différents corps de fonctionnaires pour les postes supérieurs à caractère fonctionnel ;
- par des textes réglementaires portant organisation et fonctionnement des services centraux déconcentrés et décentralisés de l'Etat pour les postes supérieurs à caractère structurel.

**Article 6** : Le nombre de postes supérieurs à caractère fonctionnel est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé des finances, du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Chapitre II

**Postes supérieurs des établissements publics**

**Article 7** : Les titulaires des postes supérieurs relevant des établissements publics à caractère administratif, des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, des établissements publics à caractère scientifique et technologique ainsi que tout établissement public soumis aux dispositions du statut général de la fonction publique, bénéficient d'une bonification indiciaire qui résulte de la classification de l'établissement et du niveau hiérarchique du poste occupé.

**Article 8** : Les établissements publics cités à l'article 7 ci-dessus sont classés en trois (3) catégories A, B, C.

La catégorie A est subdivisée en quatre sections comportant chacune cinq niveaux hiérarchiques N, N., N-1, N-2, N-3.

Les catégories B et C sont subdivisées en trois sections comportant chacune quatre niveaux hiérarchiques N, N., N-1, N-2.

Chaque niveau hiérarchique est assorti d'une bonification indiciaire conformément au tableau suivant :

Catégories	Niveaux hiérarchiques		N	N'	N-1	N-2	N-3
	Sections						
<b>A</b>	1		1200	720	432	259	156
	2		1008	605	363	218	131
	3		847	508	305	183	110
	4		711	427	256	154	92
<b>B</b>	1		597	358	215	129	
	2		502	301	181	108	
	3		422	253	152	91	
<b>C</b>	1		354	212	127	76	
	2		297	178	107	64	
	3		250	150	90	54	

**Article 9 :** Les titulaires des postes supérieurs relevant des établissements publics cités à l'article 7 ci-dessus bénéficient de bonifications indiciaires en fonction de la classification de l'établissement dont ils relèvent et du niveau hiérarchique correspondant.

Le niveau N correspond au poste du premier responsable de l'établissement.

Le niveau N. correspond au poste d'adjoint du premier responsable ou du secrétaire général, le cas échéant.

Les niveaux N-1, N-2, N-3 sont réservés aux autres postes supérieurs en fonction de leur rang dans la hiérarchie.

**Article 10 :** Les titulaires des postes supérieurs relevant des établissements publics qui ne peuvent être classés dans le tableau prévu à l'article 8 ci-dessus bénéficient de la bonification indiciaire figurant au tableau prévu à l'article 3 ci-dessus.

**Article 11 :** Les titulaires d'emplois au sein d'établissements publics, classés fonctions supérieures de l'Etat, peuvent opter pour la rémunération correspondante du tableau de bonification indiciaire prévu à l'article 8 ci-dessus, si celle-ci est plus avantageuse.

**Article 12 :** La classification des établissements publics s'effectue sur la base des critères suivants :

- La nature et la consistance des missions de l'établissement ;
- La compétence territoriale de l'établissement.

**Article 13 :** La classification de chaque établissement public et les conditions d'accès aux postes supérieurs en relevant sont fixées par arrêté conjoint du ministre des finances, de l'autorité de tutelle et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 14 :** La valeur du point indiciaire applicable aux grilles de bonification indiciaire prévues aux articles 3 et 8 du présent décret est fixée à quarante-cinq dinars (45) DA.

### Chapitre III

#### Dispositions transitoires et finales

**Article 15 :** Les établissements publics classés dans le cadre du décret n°86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs, à la date d'effet du présent décret, sont reclassés conformément au tableau prévu à l'article 8 ci-dessus dans la catégorie et section correspondantes.

**Article 16 :** La bonification indiciaire est exclusive de toutes primes et indemnités attachées au poste supérieur et notamment de l'indemnité de responsabilité.

**Article 17 :** Toutes dispositions contraires au présent décret, notamment celles relatives à la classification et la rémunération des postes supérieurs, sont abrogées.

**Article 18 :** Le présent décret prend effet à compter du 1er janvier 2008.

**Article 19 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

**Décret présidentiel n° 07-308 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités de recrutement des agents contractuels, leurs droits et obligations, les éléments constitutifs de leur rémunération, les règles relatives à leur gestion ainsi que le régime disciplinaire qui leur est applicable.**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1er) ;  
Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 19 à 24 ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions des articles 19 à 24 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le présent décret a pour objet de fixer les modalités de recrutement des agents contractuels, leurs droits et obligations, les éléments constitutifs de leur rémunération, les règles relatives à leur gestion ainsi que le régime disciplinaire qui leur est applicable.

Chapitre I

**Du contrat de travail**

**Article 2** : Les institutions et administrations publiques peuvent, dans le cadre des articles 19, 20 et 21 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, procéder au recrutement, selon le cas et en fonction des besoins, d'agents contractuels pour une durée déterminée ou indéterminée, à temps plein ou à temps partiel conformément aux modalités prévues par le présent décret.

**Article 3** : Les agents prévus à l'article 2 ci-dessus sont recrutés par voie de contrat écrit.

Le contrat doit préciser notamment :

- la dénomination de l'emploi ;
- la nature et la durée du contrat de travail ;
- la date d'effet ;
- l'amplitude horaire (temps plein ou temps partiel) ;
- la période d'essai s'il y a lieu ;
- la classification de l'emploi et les éléments de la rémunération ;
- le lieu d'affectation.

Le contrat précise, en outre, les obligations spécifiques qui pourraient être attachées à l'emploi.

**Article 4** : Est considéré comme contrat à durée déterminée, tout contrat destiné à :

- l'occupation d'un emploi temporaire ;
- pourvoir à la vacance momentanée d'un emploi ;
- en attendant l'organisation d'un concours ou la mise en place d'un nouveau corps de fonctionnaires ;
- la prise en charge d'une opération revêtant un caractère conjoncturel.

**Article 5** : Est considéré comme contrat à durée indéterminée, tout contrat destiné à l'occupation d'un emploi permanent, lorsque la nature des activités ou les besoins de service le justifient.

**Article 6** : Les agents contractuels recrutés à temps plein effectuent la durée légale de travail.

Toutefois, les institutions et administrations publiques peuvent recourir au recrutement d'agents contractuels exerçant à temps partiel pour une durée de 5 heures par jour.

**Article 7** : Les agents contractuels effectuant la durée légale de travail ne peuvent exercer une activité lucrative, à titre privé, de quelque nature que ce soit.

**Article 8** : Les emplois correspondant à des activités d'entretien, de maintenance ou de service dans les institutions et administrations publiques, tel que prévu à l'article 19 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée, sont pourvus par contrat à durée déterminée ou indéterminée.

Le contrat à durée déterminée ne peut excéder une année. Il peut être renouvelé, une seule fois, dans les mêmes formes pour une période d'une (1) année au plus.

Les effectifs par emploi, leur classification et la durée du contrat sont fixés, pour chaque secteur, au niveau de l'administration centrale, des services déconcentrés ou décentralisés et des établissements publics, par arrêté conjoint du ministre chargé des finances, du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 9** : La liste des emplois correspondant aux activités d'entretien, de maintenance ou de service dans les institutions et administrations publiques comprend :

- les ouvriers professionnels ;
- les agents de service ;
- les conducteurs d'automobiles et les chefs de parc ;
- les agents de prévention et les gardiens.

**Article 10** : Les agents soumis au régime de la contractualisation tel que prévu à l'article 20 de l'ordonnance n°06-03 du 15 juillet 2006, susvisée, sont recrutés à titre exceptionnel, par voie de contrat à durée déterminée et à temps plein.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 11** : Les agents soumis au régime de la contractualisation, tel que prévu à l'article 21 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée, sont recrutés à titre exceptionnel, par voie de contrat à durée déterminée dans la limite du délai de réalisation d'opérations revêtant un caractère conjoncturel.

Les effectifs par emploi et la durée des contrats sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé des finances, du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 12** : Compte tenu de la nature de certains emplois ou des spécificités inhérentes aux impératifs de service, les agents soumis au régime de la contractualisation recrutés à temps plein peuvent être appelés à effectuer le travail de nuit ou des heures supplémentaires conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

## Chapitre II Des droits et obligations

**Article 13 :** Dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, les agents soumis au régime de la contractualisation ont droit notamment :

- à une rémunération après service fait ;
- à la protection sociale et à la retraite ;
- aux congés, absences autorisées et repos légaux ;
- au bénéfice des oeuvres sociales ;
- à l'exercice du droit syndical ;
- à l'exercice du droit de grève ;
- à la protection contre les menaces, outrages, injures, diffamations, ou attaques de quelque nature que ce soit, dont ils peuvent être l'objet, dans ou à l'occasion de l'exercice de leur activité ;
- à des conditions de travail de nature à préserver leur dignité, leur santé et leur intégrité physique et morale.

**Article 14 :** Dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, les agents soumis au régime de la contractualisation sont tenus au respect de leurs obligations notamment :

- d'exercer leur activité en toute loyauté et impartialité ;
- de s'abstenir de tout acte incompatible avec la nature de leur emploi, même en dehors du service ;
- d'avoir en toute circonstance une conduite digne et respectable ;
- d'exécuter les instructions de la hiérarchie ;
- d'observer les mesures d'hygiène et de sécurité établies par l'administration ;
- de ne divulguer ni laisser connaître, en dehors des nécessités de service, aucun document, fait ou information, qu'ils détiennent ou connaissent à l'occasion de l'exercice de leur activité ;
- de veiller à la protection et à la sécurité des documents administratifs ;
- de préserver le patrimoine de l'administration.

**Article 15 :** Les agents soumis au régime de la contractualisation peuvent bénéficier d'actions de perfectionnement ou de recyclage initiées par l'administration.

## Chapitre III Des conditions et modalités de recrutement

**Article 16 :** Nul ne peut être recruté en qualité d'agent contractuel, s'il ne remplit les conditions suivantes :

- être de nationalité algérienne ;
- avoir 18 ans au moins à la date de recrutement ;
- avoir l'aptitude physique et mentale ainsi que les qualifications exigées pour l'accès à l'emploi postulé ;
- être en situation régulière vis-à-vis du service national ;
- jouir de ses droits civiques et être de bonne moralité.
- ne pas avoir de mentions au bulletin du casier judiciaire incompatibles avec l'exercice de l'emploi postulé.

**Article 17 :** Tout candidat à un emploi soumis au régime de la contractualisation doit, préalablement à son recrutement, fournir un dossier administratif.

**Article 18 :** Le recrutement des agents contractuels s'effectue, selon le cas, par voie :

- de sélection sur étude de dossier pour les emplois à pourvoir par contrat à durée déterminée ;
- de test professionnel pour les emplois à pourvoir par contrat à durée indéterminée.

**Article 19 :** Le recrutement des agents contractuels est soumis à la procédure de publicité.

Toutefois et compte tenu des impératifs de service ou de la nature des activités inhérentes à certains emplois, il peut être procédé au recrutement direct d'agents contractuels.

**Article 20 :** La composition du dossier administratif, les modalités d'organisation des recrutements ainsi que la procédure de publicité, prévues aux articles 17, 18 et 19 cités ci-dessus sont précisées par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

## Chapitre IV De la période d'essai

**Article 21 :** Tout agent recruté par voie de contrat est soumis à une période d'essai de :

- six (6) mois pour le contrat à durée indéterminée ;
- deux (2) mois pour le contrat dont la durée est égale ou supérieure à une (1) année ;
- un (1) mois pour le contrat dont la durée est comprise entre six (6) mois et une (1) année.

Durant la période d'essai, l'agent contractuel est soumis aux mêmes obligations et bénéficie des mêmes droits que les agents contractuels confirmés.

**Article 22 :** L'agent contractuel est confirmé, si la période d'essai est concluante.

Dans le cas contraire, le contrat est résilié sans préavis ni indemnité.

## Chapitre V De la rémunération

**Article 23 :** Les agents soumis au régime de la contractualisation sont classés et rémunérés, selon le cas et en fonction de leur niveau de qualification, dans l'une des grilles ci-après :

- la grille indiciaire des emplois fixée à l'article 45 ci-dessous, pour les agents contractuels recrutés pour les emplois liés aux activités d'entretien, de maintenance ou de service dans le cadre des articles 19 ou 21 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 susvisée ;
- la grille indiciaire des traitements fixée par le décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, pour les autres agents contractuels recrutés dans le cadre des articles 20 ou 21 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée.

**Article 24 :** La rémunération des agents soumis au régime de la contractualisation se compose des éléments suivants :

- le traitement de base résultant du produit de l'indice de base correspondant à la catégorie de classement de l'emploi, par la valeur du point indiciaire fixée par le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé ;
- l'indemnité d'expérience professionnelle calculée aux taux de 1,40% du traitement de base par année d'activité dans les institutions et administrations publiques et de 0,70% par année d'exercice dans les autres secteurs d'activités, dans la limite maximale de 60% du traitement de base ;
- le cas échéant, de toute prime ou indemnité fixée par voie réglementaire.

**Article 25 :** Les agents soumis au régime de la contractualisation bénéficient, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur :

- d'indemnités compensatrices de frais engagés à l'occasion de l'exercice de leur activité ;
- de prestations à caractère familial.



**Article 26 :** Lorsque l'agent contractuel exerce à temps partiel, la rémunération est calculée au prorata du nombre d'heures effectuées. Si la durée du contrat comporte une fraction de mois, la rémunération de cette période est servie au prorata du nombre de jours de travail.

**Article 27 :** Les emplois prévus à l'article 9 ci-dessus sont subdivisés en plusieurs niveaux selon le niveau de qualification requis.

**Article 28 :** L'emploi d'ouvrier professionnel est subdivisé en quatre (4) niveaux :

- ouvriers professionnels de niveau 1 ;
- ouvriers professionnels de niveau 2 ;
- ouvriers professionnels de niveau 3 ;
- ouvriers professionnels de niveau 4.

**Article 29 :** Les ouvriers professionnels de niveau 1 sont recrutés parmi les candidats justifiant d'une aptitude physique en adéquation avec l'activité à exercer.

**Article 30 :** Les ouvriers professionnels de niveau 2 sont recrutés parmi les candidats justifiant d'un certificat de formation professionnelle spécialisée (CFPS).

**Article 31 :** Les ouvriers professionnels de niveau 3 sont recrutés parmi les candidats justifiant d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) ou d'un certificat de formation professionnelle spécialisée (CFPS) et d'une expérience professionnelle de 5 ans, au moins, dans la même spécialité.

**Article 32 :** Les ouvriers professionnels de niveau 4 sont recrutés parmi les candidats justifiant d'un certificat de maîtrise professionnelle (CMP) ou d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) et d'une expérience professionnelle de 5 ans, au moins, dans la même spécialité.

**Article 33 :** L'emploi d'agents de service est subdivisé en trois (3) niveaux :

- agents de service de niveau 1 ;
- agents de service de niveau 2 ;
- agents de service de niveau 3.

**Article 34 :** Les agents de service de niveau 1 sont recrutés parmi les candidats justifiant de la sixième année fondamentale.

**Article 35 :** Les agents de service de niveau 2 sont recrutés parmi les candidats justifiant de la neuvième année fondamentale ou d'un certificat de formation professionnelle spécialisée (CFPS) en rapport avec les tâches inhérentes à l'emploi postulé.

**Article 36 :** Les agents de service de niveau 3 sont recrutés parmi les candidats justifiant de la première année secondaire ou d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) en rapport avec les tâches inhérentes à l'emploi postulé ou d'un certificat de formation professionnelle spécialisée (CFPS) et d'une expérience professionnelle de 5 ans, au moins, dans la même spécialité.

**Article 37 :** L'emploi des conducteurs d'automobiles et des chefs de parc est subdivisé en trois (3) niveaux :

- conducteurs automobiles de niveau 1 ;
- conducteurs automobiles de niveau 2 ;
- conducteurs automobiles de niveau 3 et chefs de parc.

**Article 38 :** Les conducteurs automobiles de niveau 1 sont recrutés parmi les candidats titulaires d'un permis de conduire, catégorie B.

**Article 39 :** Les conducteurs automobiles de niveau 2 sont recrutés parmi les candidats titulaires d'un permis de conduire catégorie poids lourds ou d'un permis de conduire catégorie transports en commun.

**Article 40 :** Les conducteurs automobiles de niveau 3 et les chefs de parc sont recrutés parmi les candidats titulaires d'un permis de conduire justifiant du brevet d'enseignement fondamental (BEF) ou du brevet d'enseignement moyen (BEM) et d'une expérience professionnelle de 5 ans, au moins, en qualité de conducteur automobile.

**Article 41 :** L'emploi d'agents de prévention et de gardiens est subdivisé en trois (3) niveaux :

- gardiens ;
- agents de prévention de niveau 1 ;
- agents de prévention de niveau 2.

**Article 42 :** L'emploi de gardien est pourvu parmi les candidats justifiant d'une aptitude physique en adéquation avec l'activité à exercer.

**Article 43 :** Les agents de prévention de niveau 1 sont recrutés parmi les candidats justifiant de la 1<sup>ère</sup> année secondaire et d'une formation dans le domaine ou d'une expérience professionnelle d'une année (1), au moins, dans un emploi d'agent de prévention.

**Article 44 :** Les agents de prévention de niveau 2 sont recrutés parmi les candidats justifiant de la 3<sup>ème</sup> année secondaire et d'une formation dans le domaine ou d'une expérience professionnelle de deux (2) années, au moins, dans un emploi d'agent de prévention.

**Article 45 :** Les emplois correspondant aux activités d'entretien, de maintenance ou de service dans les institutions et administrations publiques sont classés et rémunérés, selon le niveau de qualification requis, conformément à la grille indiciaire ci-après :

EMPLOIS	Catégorie	Indice
Ouvrier professionnel de niveau 1 Agent de service de niveau 1 Gardien	1	
Conducteur automobile de niveau 1	2	
Ouvrier professionnel de niveau 2 Conducteur automobile de niveau 2 Agent de service de niveau 2	3	
Conducteur automobile de niveau 3 et chef de parc	4	
Ouvrier professionnel de niveau 3 Agent de service de niveau 3 Agent de prévention de niveau 1	5	
Ouvrier professionnel de niveau 4	6	
Agent de prévention de niveau 2	7	

#### Chapitre VI

#### Des repos légaux, congés et absences

**Article 46 :** Les agents soumis au régime de la contractualisation ont droit aux repos légaux prévus aux articles 191 à 193 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée.

Ils ont droit en outre à un congé annuel rémunéré tel que prévu aux articles 194 à 205 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée.

**Article 47 :** Le report d'une année sur l'autre de tout ou partie du congé annuel est interdit.

Toutefois, pour les agents recrutés par contrat à durée indéterminée, l'administration peut, si les nécessités de service l'exigent, reporter ou fractionner le congé annuel dans la limite maximale de deux (2) années.



**Article 48 :** Les agents soumis au régime de la contractualisation ont droit à une absence spéciale rémunérée telle que prévue à l'article 212 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée.

Ils peuvent bénéficier, en outre, sous réserve de justifications préalables, d'autorisations d'absence sans perte de rémunération :

- pour la durée des sessions des assemblées dans lesquelles ils exercent un mandat public électif ;
- pour s'acquitter d'une mission liée à une représentation syndicale, conformément à la législation en vigueur ;
- pour participer à des manifestations internationales à caractère sportif ou culturel.

**Article 49 :** Les agents soumis au régime de la contractualisation peuvent bénéficier d'autorisations exceptionnelles d'absence, non rémunérées, pour des raisons impérieuses dûment justifiées, dans la limite de dix (10) jours calendaires par an.

**Article 50 :** Les agents contractuels, recrutés par voie de contrat à durée indéterminée et effectuant la durée légale de travail, peuvent bénéficier d'autorisations d'absence sans perte de rémunération, pour suivre des études dans la limite d'un crédit horaire n'excédant pas quatre (4) heures par semaine.

**Article 51 :** L'agent contractuel, recruté par contrat à durée indéterminée, a droit à un congé spécial rémunéré de trente (30) jours consécutifs pour accomplir le pèlerinage aux lieux saints de l'Islam.

**Article 52 :** Durant les périodes pré et post-natales, la femme recrutée par contrat à durée déterminée ou indéterminée bénéficie du congé de maternité, conformément à la législation en vigueur.

**Article 53 :** Pendant une période d'une année, à compter de l'expiration du congé de maternité, la mère allaitant son enfant dispose chaque jour de deux (2) heures d'absence payées pendant les six (6) premiers mois et d'une (1) heure pendant les six (6) derniers mois. Ces absences peuvent être réparties au cours de la journée à la convenance de l'intéressée.

**Article 54 :** Sont considérées comme période de travail :

- la période de travail effectif,
- la période de congé annuel et de congé de maternité,
- les repos légaux, les autorisations exceptionnelles d'absence prévues aux articles 48 et 49 ci-dessus.

**Article 55 :** L'agent contractuel, recruté pour une durée indéterminée exerçant à temps plein ou à temps partiel, peut, sur sa demande et après deux (2) années de service, bénéficier d'un congé non rémunéré suite à un accident ou une maladie grave d'un ascendant, du conjoint ou d'un enfant à charge ou pour élever un enfant de moins de cinq (5) ans.

**Article 56 :** Le congé non rémunéré est prononcé pour une durée qui ne peut excéder une année renouvelable dans la limite maximale de trois (3) années.

**Article 57 :** A l'expiration de la période du congé non rémunéré, l'agent contractuel est réintégré, à sa demande, dans son emploi d'origine.

**Article 58 :** L'agent contractuel ayant bénéficié d'un congé non rémunéré ne peut prétendre à une réintégration en cas de suppression d'emploi.

## Chapitre VII

### Du régime disciplinaire

**Article 59 :** Tout manquement aux obligations réglementaires ou contractuelles, toute atteinte à la discipline, toute faute ou irrégularité commise par un agent contractuel dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses activités constitue une faute professionnelle qui expose son auteur à une sanction disciplinaire sans préjudice, le cas échéant, de poursuites pénales.

**Article 60 :** En fonction du degré de gravité de la faute, les sanctions disciplinaires susceptibles d'être infligées à un agent contractuel sont les suivantes :

- avertissement écrit ;
- blâme ;
- suspension pour une durée allant de 4 à 8 jours ;
- résiliation du contrat sans préavis ni indemnité.

**Article 61 :** La sanction disciplinaire applicable aux agents contractuels est déterminée en fonction du degré de gravité de la faute, des circonstances dans lesquelles elle a été commise, de la responsabilité de l'agent concerné, des conséquences de la faute sur le fonctionnement du service et du préjudice causé à celui-ci.

**Article 62 :** Les sanctions disciplinaires prévues à l'article 60 ci-dessus sont prononcées par l'autorité administrative compétente. Elles doivent être motivées et notifiées à l'intéressé.

**Article 63 :** La décision portant sanction disciplinaire est notifiée à l'agent concerné dans un délai n'excédant pas huit (8) jours, à compter de la date du prononcé de la décision. Celle-ci est classée dans son dossier administratif.

**Article 64 :** En cas de faute professionnelle grave, la résiliation du contrat, sans préavis ni indemnité, ne peut être prononcée qu'après comparution de l'agent concerné devant une commission paritaire consultative de discipline.

**Article 65 :** Tout agent contractuel, à l'encontre duquel une procédure disciplinaire pouvant entraîner la résiliation du contrat est engagée, a droit à la consultation de son dossier disciplinaire.

Il peut, en outre, se faire assister par un défenseur de son choix.

**Article 66 :** La composition et les modalités de désignation des membres de la commission paritaire consultative de discipline sont fixées par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 67 :** Lorsqu'un agent contractuel fait l'objet de poursuites pénales qui ne permettent pas son maintien en activité, il est immédiatement suspendu. Sa situation administrative n'est réglée que lorsque la décision de justice sanctionnant les poursuites pénales est devenue définitive.

Pendant la suspension, l'agent concerné ne perçoit aucune rémunération, à l'exception des prestations à caractère familial.

**Article 68 :** Lorsqu'un agent contractuel est absent pendant dix (10) jours consécutifs sans justification valable, l'autorité administrative compétente procède à la résiliation du contrat de travail pour abandon de poste, sans préavis ni indemnité après deux (2) mises en demeure.

## Chapitre VIII

### De la cessation d'activité

**Article 69 :** La relation de travail au titre du régime de la contractualisation cesse par l'effet de :

- l'expiration du contrat ;
- la démission régulièrement acceptée ;
- la résiliation du contrat sans préavis ni indemnité ;
- le licenciement avec préavis et indemnité ;
- la retraite ;
- le décès.

**Article 70 :** L'agent contractuel peut démissionner à tout moment sous réserve d'un préavis de dix (10) jours.

Durant cette période, l'agent est tenu de s'acquitter normalement des tâches et obligations liées à son emploi.

**Article 71 :** Les agents contractuels peuvent faire l'objet d'un licenciement pour suppression d'emploi sous réserve d'un préavis d'un mois. Dans ce cas, l'agent bénéficie d'une indemnité de licenciement d'un montant égal à la dernière rémunération mensuelle, nette des cotisations de sécurité sociale, pour chaque année d'activité dans la limite maximale d'une année.

**Article 72 :** A la cessation d'activité, l'organisme employeur établit un certificat de travail indiquant la date de recrutement, la date de cessation de la relation de travail ainsi que le ou les emplois occupés et les périodes correspondantes.

Chapitre IX  
**Dispositions transitoires et finales**

**Article 73** : Les agents vacataires et contractuels, en activité dans les institutions et administrations publiques à la date d'effet du présent décret, sont classés, en fonction de leur niveau de qualification et selon le cas :

- soit dans la grille indiciaire des emplois prévue à l'article 45 ci-dessus ;
- soit dans la grille indiciaire des traitements prévue par le décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé.

Ils bénéficient, en outre, de l'indemnité d'expérience professionnelle calculée dans les conditions prévues à l'article 24 ci-dessus.

**Article 74** : En attendant l'adoption des textes réglementaires régissant les régimes indemnitaires, les agents vacataires et contractuels conservent le bénéfice des primes et indemnités qui leur sont servies à la date d'effet du présent décret, à l'exception de l'indemnité complémentaire de revenu et de l'indemnité de sujétion ou toute indemnité de même nature, tel que défini à l'article 19 du décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé.

Les primes et indemnités demeurent calculées conformément à la réglementation applicable à la date d'effet du présent décret.

**Article 75** : La mise en oeuvre du système de rémunération des agents prévus à l'article 73 ci-dessus intervient dans le respect des droits acquis.

Lorsque la rémunération d'un agent contractuel ou vacataire est inférieure ou égale à celle qui lui était servie à la date d'effet du présent décret, il lui est octroyé un différentiel de revenu dont le montant est égal à la différence entre les deux rémunérations.

L'agent concerné bénéficie, en outre, d'une bonification de l'indemnité d'expérience professionnelle à raison de 10% du traitement de base.

Le différentiel de revenu et la bonification de l'indemnité de l'expérience professionnelle sont servis en montants fixes jusqu'à la cessation d'activité de l'agent concerné.

**Article 76** : Les personnels étrangers recrutés dans un cadre contractuel demeurent régis par la réglementation qui leur est applicable.

**Article 77** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 78** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

**Instruction n° 07 du 29 décembre 2007 relative à la mise en œuvre du nouveau système de classification et de rémunération des fonctionnaires**

**Mesdames et Messieurs les membres du gouvernement  
Madame et Messieurs les Walis**

En application des articles 8 et 114 à 126 du statut général de la fonction publique relatifs au nouveau système de classification et de rémunération des fonctionnaires, le décret présidentiel n° 07-304 du 29 septembre 2007, a institué la grille indiciaire des traitements ainsi que le régime de rémunération des fonctionnaires.

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre du nouveau système de classification et de rémunération des fonctionnaires statuts particuliers.

**1- La grille des niveaux de qualification :**

Conformément à l'article 8 du statut général de la fonction publique, la classification des grades s'effectue en fonction du niveau de qualification requis, tel qu'attesté par les titres et diplômes sanctionnant les divers cycles d'enseignement et de formation.

La grille des niveaux de qualification comporte dix sept (17) catégories et sept (07) subdivisions « hors catégorie » qui correspondent aux différents niveaux de qualification.

La segmentation de la grille en quatre (4) groupes A, B, C et D correspondant aux principaux niveaux de qualification se présente comme suit :

- Le groupe (D), exécution, correspond aux catégories une (1) à six (6). Ce groupe est réservé aux niveaux d'enseignement ou de formation inférieurs à la troisième année secondaire (3<sup>ème</sup> A.S) complétés, le cas échéant, par une formation professionnelle ;

- Le groupe (C), maîtrise, correspond aux catégories sept (7) et huit (8). Ce groupe est réservé aux niveaux d'enseignement ou de formation de la troisième année secondaire (3<sup>ème</sup> A.S) et du baccalauréat ;

- le groupe (B), application, correspond aux catégories neuf (9) et dix (10). Ce groupe est réservé aux niveaux de Bac + 3 années de formation accomplies, D.E.U.A ou Bac+3 années de formation ;

Le groupe (A), conception, recherche ou études, correspond aux catégories onze (11) à dix sept (17) ainsi qu'aux sept (7) subdivisions hors-catégorie. Ce groupe est réservé aux niveaux d'enseignement ou de formation équivalents au moins à la licence.

En ce qui concerne les sept subdivisions hors catégorie, celles-ci correspondent aux niveaux de qualification de magister, de diplôme d'études médicales spéciales (D.E.M.S), de doctorat d'Etat, de doctorat d'Etat en sciences médicales (D.E.S.M) et de l'habitation universitaire.

**Grille des niveaux de qualification**

Groupes	Catégories	Niveaux de qualification	
D	01	* Inférieur ou égal à la 6 <sup>ème</sup> Année Fondamentale	
	02	* 7 <sup>ème</sup> Année Fondamentale * 8 <sup>ème</sup> Année Fondamentale	
	03	* Certificat de Formation Professionnelle Spécialisée « CFPS » (7 <sup>ème</sup> AF-8 <sup>ème</sup> AF+ Formation de 12 mois). * 9 <sup>ème</sup> Année Fondamentale	
	04	* Brevet d'Enseignement Fondamentale « BEF » ou Brevet d'Enseignement Moyen « BEM »	
	05	* Certificat d'Aptitude Professionnel « CAP » (9 <sup>ème</sup> Année Fondamentale + 12 à 18 mois de Formation) * 1 <sup>ère</sup> Année Secondaire	
	06	* Certificat de Maîtrise Professionnelle « CMP » * 2 <sup>ème</sup> Année Secondaire	
C	07	* 3 <sup>ème</sup> Année Secondaire * 2 <sup>ème</sup> Année Secondaire + 12 mois de Formation * 1 <sup>ère</sup> Année Secondaire + 24 mois de Formation	
	08	* BAC * Diplôme de technicien	
B	09	* BAC + 24 mois de Formation	
	10	* Diplôme de technicien supérieur * Diplôme d'Etudes Universitaires Appliquées « D.E.U.A » * BAC + 36 mois de Formation	
A	11	* Licence * Licence « LMD » * Diplôme d'Etudes Supérieures « DES »	
	12	* Diplôme de l'Ecole Nationale d'Administration « ENA »	
	13	* BAC + 5 Année de formation supérieure * Master (Licence LMD+2 ans) * Licence + Post-Graduation Spécialisée	
	14	* Magister * Diplôme de l'Ecole Nationale d'Administration « ENA » nouveau régime	
	15	* Catégorie réservée aux grades de promotion	
	16	* Doctorat en médecine générale	
	17	* Catégorie réservé aux grades de promotion	
	h o r s c a t e g o r i e	Subdivision 1	* Magister (pour l'accès aux grades de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique) * Doctorat * Doctorat d'Etat
		Subdivision 2	* Diplôme d'Etudes médicales spéciales « DEMS »
		Subdivision 3	* Diplôme d'Etudes médicales spéciales « DEMS » (pour l'accès aux grades de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique)
		Subdivision 4	* Subdivision réservée aux grades de promotion
Subdivision 5		* Doctorat en sciences médicales (D.E.S.M)	
Subdivision 6		* Habilitation universitaire	
Subdivision 7		* Subdivision réservée aux grades de promotion (professeur)	

**2- La grille indiciaire des traitements :**

La grille indiciaire des traitements telle que prévue à l'article 2 du décret présidentiel n° 07-304 du 29 septembre 2007 sus-visé, résulte de la grille des niveaux de qualification telle que consacrée dans son article 3.

Ainsi, la grille indiciaire comporte au plan vertical un indice minimal et un indice maximal qui correspondent respectivement au niveau de qualification le plus bas et au niveau de qualification le plus élevé des niveaux de qualification requis pour l'accès aux différents grades de la fonction publique.

La progression verticale de la grille indiciaire s'inscrit donc entre l'indice minimal de la première catégorie fixé à 200 et l'indice minimal de la dernière subdivision hors-catégorie fixé à 1480. Elle s'effectue de catégorie à catégorie et de groupe à groupe. Cette double progression vise à bonifier la promotion professionnelle ainsi que l'évolution dans les niveaux de qualification.

La progression indiciaire au plan vertical au passage d'un grade à un grade supérieur.

La progression indiciaire au plan horizontal correspond à l'avancement d'échelon dans le cadre de la prise en compte de l'expérience professionnelle.

La valeur du point indiciaire est fixée à 45 DA conformément à l'article 8 du décret présidentiel n° 07-304 du 29 septembre 2007 sus-visé.

**Grille indiciaire des traitements**

Groupe	Catégorie	Indice Minimal	Indice d'échelon											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>D</b>	1	200	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120
	2	219	11	22	33	44	55	66	77	88	99	110	120	131
	3	240	12	24	36	48	60	72	84	96	108	120	132	144
	4	263	13	26	39	53	66	79	92	105	118	132	145	158
	5	288	14	29	43	58	72	86	101	115	130	144	158	173
	6	315	16	32	47	63	79	95	110	126	142	158	173	189
<b>C</b>	7	348	17	35	52	70	87	104	122	139	157	174	191	209
	8	379	19	38	57	76	95	114	133	152	171	190	208	225
<b>B</b>	9	418	21	42	63	84	105	125	146	167	188	209	230	251
	10	453	23	45	68	91	113	136	159	181	204	227	249	272
<b>A</b>	11	498	25	50	75	100	125	149	174	199	224	249	274	299
	12	537	27	54	81	107	134	161	188	215	242	269	295	322
	13	578	29	58	87	116	145	173	202	231	260	289	318	347
	14	621	31	62	93	124	155	186	217	248	279	311	342	373
	15	666	33	67	100	133	167	200	233	266	300	333	366	400
	16	713	36	71	107	143	178	214	250	285	321	357	392	428
Hors Catégorie	17	762	38	76	114	152	191	229	267	305	343	381	419	457
	Subdivision 1	930	47	93	140	186	233	279	326	372	419	465	512	558
	Subdivision 2	990	50	99	149	198	248	297	347	396	446	495	545	594
	Subdivision 3	1055	53	106	158	211	264	317	369	422	475	528	580	633
	Subdivision 4	1125	56	113	169	225	281	338	394	450	506	563	619	675
	Subdivision 5	1200	60	120	180	240	300	360	420	480	540	600	660	720
	Subdivision 6	1280	64	128	192	256	320	384	448	512	576	640	704	768
Subdivision 7	1480	74	148	222	296	370	444	518	592	666	740	814	888	

Par ailleurs, il est nécessaire de préciser que le fonctionnaire ayant atteint le 10<sup>ème</sup> échelon au 31 décembre 2007 et remplissant les conditions d'ancienneté requise, fait l'objet, selon le cas d'un avancement au 11<sup>ème</sup> ou au 12<sup>ème</sup> échelon, conformément à la procédure en vigueur.

Toutefois, un fonctionnaire ayant atteint le 10<sup>ème</sup> échelon au 31 décembre 2007 et qui conserve à cette date, un reliquat d'ancienneté au moins égal à sept années est reclassé au 12<sup>ème</sup> échelon.

Les titulaires de fonctions supérieures de l'Etat ou de postes supérieurs font l'objet d'un reclassement à la durée minimale.

**5- Mode de calcul de la rémunération :**

Conformément à l'article 119 du statut général, la rémunération comprend :

- le traitement ;
- les primes et indemnités.

**5-1- Le traitement :**

Le traitement est déterminé en fonction de l'indice minimal de la catégorie de classement du grade auquel s'ajoute l'indice correspondant à l'échelon occupé. Le traitement résulte donc de la somme de l'indice minimal et de l'indice multiplié par la valeur du point indiciaire.

**- Exemple de calcul du traitement d'un fonctionnaire classé à la catégorie 13 au 15<sup>ème</sup> échelon :**

Le traitement est déterminé comme suit :

- indice minimal correspondant à la catégorie 13 : 578
- indice du 5<sup>ème</sup> échelon : 145
- traitement de base : 578 x 45 DA = 26 010 DA
- indice de traitement = indice minimal + indice d'échelon.

$$578 + 145 = 723$$

Le traitement résulte du produit de l'indice du traitement égal à 723 par la valeur du point indiciaire fixée à 45 DA, soit : **723x45=32 353 DA.**

**5.2-Intégration dans le traitement de l'indemnité complémentaire de revenu (I.C.R) et de l'indemnité de sujétion spéciale (I.S.S) ou de toute autre indemnité de même nature :**

Dans le cadre du rétablissement d'un ratio cohérent entre le traitement de base et le régime indemnitaire, le décret présidentiel n°07-304 du 19 septembre 2007 sus-visé, a prévu l'intégration de l'indemnité complémentaire de revenu (I.C.R) et de l'indemnité de sujétion spéciale (I.S.S) ou de toute autre indemnité de même nature, à savoir :

- l'indemnité complémentaire ;
- l'indemnité spécifique globale ;
- l'indemnité de service public local ;
- L'indemnité d'investigation douanière ;
- L'indemnité de servitude prévue par le décret exécutif n°92-35 du 2 février 1992 portant institution d'indemnités au profit des personnels de l'inspection générale des finances.

Ces indemnités ont fait l'objet d'une intégration dans le traitement.

### 5.3- Modalités de calcul des primes et indemnités :

Il y a lieu de préciser que les régimes indemnitaires afférents aux différents corps de fonctionnaires feront l'objet d'une harmonisation, après l'adoption de l'ensemble des statuts particuliers.

Aussi, à titre transitoire, les différentes primes et indemnités continueront à être servies selon le mode de calcul et l'assiette prévus par la réglementation en vigueur au 31 décembre 2007, à l'exception de l'ICR et de l'ISS ou de toute autre indemnité de même nature.

Dans cet ordre d'idée, les fonctionnaires recrutés dans le cadre des nouveaux statuts particuliers, bénéficient des mêmes primes et indemnités servies aux fonctionnaires de même grade.

#### - Exemple de calcul de la prime de rendement :

Il convient de souligner que les primes et indemnités qui assurent la rémunération du rendement ou de la performance continuent à être servies sur la base d'une évaluation professionnelle du fonctionnaire et selon la même périodicité.

A titre illustratif, le calcul de la prime de rendement d'un fonctionnaire appartenant aux corps communs, classé à la catégorie 16 section 1 de la grille prévue par le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques, au 5<sup>ème</sup> échelon s'effectue comme suit :

- Taux de la prime de rendement : 30% de la rémunération principale.

A supposer que le fonctionnaire concerné ait obtenu une note de 20/20, il bénéficie du taux maximal de la prime, soit 30%.

Le montant de la prime de rendement est le produit de la rémunération principale du fonctionnaire, tel que prévue par le barème des rémunérations de 2001, multiplié par 30%, soit :

$$13\ 304 \times 30\% = 3\ 991 \text{ DA}$$

### 6- Les écarts négatifs résultant de la nouvelle classification de certains grades :

Certains grades surclassés à l'origine, laissent apparaître des écarts négatifs, suite à leur reclassement dans la nouvelle grille indiciaire des traitements, compte tenu du niveau de qualification requis.

Toutefois, en vertu du principe de la préservation des droits acquis, tel qu'énonce à l'article 223 du statut général, tout écart négatif sur la rémunération qu'induirait la classification d'un grade dans la nouvelle grille indiciaire sera pris en charge dans le nouveau traitement par l'octroi d'un différentiel de revenu.

#### 6.1- Le différentiel de revenu :

Lorsque la rémunération principale perçue antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2008 ; à laquelle s'ajoute l'ICR et l'ISS ou toute indemnité de même nature est supérieure au traitement mensuel brut résultant du reclassement dans la nouvelle grille indiciaire ; il est attribué au fonctionnaire concerné un différentiel de revenu dont le montant est égal à la différence entre la dite rémunération et le traitement.

Le montant brut du différentiel de revenu s'ajoute aux éléments de la nouvelle rémunération.

Il convient de signaler que l'écart négatif qui ouvre droit au différentiel de revenu ne doit être déterminé qu'après épuisement du droit à l'avancement au 31 décembre 2007.

Par ailleurs, il y a lieu de souligner que le différentiel SNMG continue à être calculé conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle du 27 décembre 2006 relative à la mise en œuvre du salaire national minimum garanti. La rémunération à prendre en compte dans la comparaison avec le SNMG doit être calculée conformément aux dispositions de la présente instruction.

#### 6.2- Le glissement d'échelon :

Le fonctionnaire dont la nouvelle rémunération est inférieure ou égale à la rémunération qu'il percevait antérieurement au 1<sup>er</sup> Janvier 2008, bénéficie en outre d'un montant équivalent à l'avancement de deux échelons dans sa catégorie de reclassement, soit 10% du traitement de base.

Cette mesure concerne également le fonctionnaire dont la rémunération est égale au salaire national minimum garanti.

Le fonctionnaire concerné continue à percevoir le différentiel et le montant de la valeur des deux échelons jusqu'à la cessation d'activité.

Les montants acquis au titre du différentiel de revenu et celui du glissement de deux échelons ne peuvent être modifiés ni par le fait d'un changement de classification (promotion) ni par le fait de l'augmentation de la valeur du point indiciaire.

#### - Exemple de calcul d'une rémunération d'un fonctionnaire en situation d'écart négatif :

Cas d'un fonctionnaire classé à la catégorie 10 section ,1 au 5<sup>ème</sup> échelon.

#### Eléments de la rémunération au 31 décembre 2007 devant être pris en compte

1- Rémunération principale au 5 <sup>ème</sup>	8 722 DA
2- Indemnité complémentaire de revenu	4 970 DA
3- Indemnité de sujétion spéciale (30% du salaire de base	2093 DA

- Total = 1 + 2 + 3 = 15 785 DA (1)

#### Eléments de la rémunération au 1<sup>er</sup> Janvier 2008 devant être pris en compte

Le nouveau traitement du fonctionnaire concerné, reclassé à la catégorie 1 au 5<sup>ème</sup> échelon se calcule comme suit :

- Traitement au 5<sup>ème</sup> échelon = indice de traitement x valeur du point indiciaire.

$$250 \times 45 = 11\ 250 \text{ DA (2)}$$

- Ecart : (2) – (1) 11 250 – 15 785 = - 4 535 DA

La différence entre la rémunération servie au 31 décembre 2007 et le traitement devant être servi à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, laisse apparaître un écart négatif d'un montant de 4 535 DA. Dans ce cas, le fonctionnaire concerné bénéficie d'un différentiel de revenu égal à 4 535 DA.



Outre le différentiel de revenu, le fonctionnaire concerné bénéficie d'un montant égal à la valeur de deux échelons, soit 10% du traitement de base, dont le calcul s'effectue comme suit :

$$9000 \times 10\% = 900 \text{ DA}$$

Le traitement du fonctionnaire concerné par l'écart négatif est augmenté d'un montant de **5 435 DA**, soit **4 535 DA + 900 DA**.

Il demeure entendu que le fonctionnaire concerné bénéficie des primes et indemnités auxquelles il peut prétendre et dont le calcul continue à s'effectuer conformément à la réglementation en vigueur au 31 décembre 2007, à l'exception de l'ICR et de l'ISS ou de toute autre indemnité de même nature, tel que défini à l'article 19 du décret présidentiel n° 07-304 du 29 Septembre 2007. sus-visé.

## **7- Modalités d'intégration et de reclassement dans le cadre des nouveaux statuts particuliers :**

Dans le cadre de la mise en œuvre des nouveaux statuts particuliers, les fonctionnaires sont intégrés dans les corps et grades correspondants à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Dans le souci d'assurer une célérité à cette opération et créer les meilleures conditions d'intégration des fonctionnaires dans le cadre du passage au nouveau système de rémunération, des commissions interministérielles d'intégration au niveau central et local sont chargées de la mise en œuvre des procédures d'intégration et de reclassement.

### **7.1- Commissions d'intégration :**

L'intégration et le reclassement des fonctionnaires dans le cadre des nouveaux statuts particuliers relèvent des commissions d'intégration instituées à cet effet.

La commission d'intégration au niveau central est chargée de procéder à l'intégration et au reclassement de l'ensemble des fonctionnaires des différents départements ministériels, des institutions et établissements publics à caractère national. La commission se compose :

- d'un représentant de la direction générale de la fonction publique, Président.
- du contrôleur financier compétent ;
- du représentant habilité de l'institution ou l'administration publique concernée.

La commission d'intégration au niveau local est chargée de procéder à l'intégration et au reclassement de l'ensemble des fonctionnaires des services déconcentrés, des administrations décentralisées et établissements publics locaux. La commission se compose

- du chef d'inspection de la fonction publique, Président ;
- du contrôleur financier ou du trésorier compétent, selon le cas ;
- du représentant habilité de l'institution ou l'administration publique concernée.

### **7.2- Procédure d'intégration :**

En vue d'assurer avec diligence l'intégration et le reclassement de l'ensemble des fonctionnaires ; les mesures y afférentes donnent lieu à l'établissement d'arrêtés ou de décisions collectifs pour chaque grade.

Dans ce cadre, les institutions et administrations concernées devront renseigner les tableaux annexés aux modèles d'actes collectifs d'intégration et de reclassement pour l'ensemble de leurs effectifs, quelque soit la position statutaire du fonctionnaire (détachement, disponibilité, service national....).

Les tableaux en question devront être accompagnés des actes administratifs retraçant la situation de chaque fonctionnaire proposé à l'intégration et au reclassement.

Un procès-verbal de l'opération sera établi par le représentant des services centraux ou locaux de la Direction générale de la fonction publique une copie du procès – verbal signée par les membres de la commission est adressée au contrôleur financier ou au trésorier compétent, selon le cas, ainsi qu'à l'administration concernée qui établit les projets d'actes collectifs d'intégration, selon les modèles ci-joints en annexe, conformément à la teneur du procès-verbal.

Les actes collectifs d'intégration des fonctionnaires relevant des institutions publiques sont notifiés aux services de la fonction publique, après visa réglementaire du contrôleur financier et signature de l'autorité ayant pouvoir de nomination, conformément à la réglementation en vigueur.

Les actes collectifs d'intégration des fonctionnaires relèvent des institutions et administrations publiques non soumis au visa du contrôleur financier sont notifiés à l'inspection de la fonction publique territorialement compétente, après signature de l'autorité ayant pouvoir de nomination.

S'agissant de l'administration communale, les projets d'arrêtés collectifs d'intégration sont soumis au visa préalable du chef d'inspection de la fonction publique territorialement compétent.

Après signature par l'autorité ayant pouvoir de nomination, une ampliation de l'arrêté collectif d'intégration est notifiée à l'inspection de la fonction publique.

## **8- Gestion des effectifs budgétaires :**

L'adoption des nouveaux statuts particuliers peut engendrer un changement dans la dénomination de certains grades.

Dans ce cas, si un fonctionnaire est intégré dans un nouveau grade dont la dénomination est différente de celle du grade d'origine, la commission d'intégration procède à la reversion systématique du poste budgétaire, tel que prévu dans le fascicule budgétaire et le plan annuel de gestion des ressources humaines de l'administration concernée.

La liste des postes budgétaires ayant fait l'objet d'une reversion est annexée au procès-verbal de la dite commission.

## **9- Recrutements précédant l'adoption des nouveaux statuts particuliers :**

En attendant l'adoption des nouveaux statuts particuliers, les recrutements continuent à s'effectuer conformément à la réglementation en vigueur et selon la répartition statutaire y afférente.

La titularisation intervient au terme de la période de stage et selon la procédure réglementaire en vigueur au 31 décembre 2007, sous réserve des dispositions d'intégration prévues par les nouveaux statuts particuliers.

En ce qui concerne les stagiaires n'ayant pas achevé leur période d'essai à la date d'adoption du nouveau statut particulier, ils sont intégrés en qualité de stagiaires et reclassés dans le grade correspondant.

## **10- Date d'effet de la grille indiciaire des fonctionnaires et des nouveaux statuts particuliers :**

Les mesures d'intégration et de reclassement des fonctionnaires produisent un effet pécuniaire rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2008, quelque soit la date d'adoption des statuts particuliers.

Au regard de l'importance de la réforme engagée et de ses implications profondes et déterminantes sur le processus de gestion des ressources humaines au sein des institutions et administrations publiques, je vous invite à apporter une attention particulière à la mise en œuvre efficiente de l'ensemble des prescriptions de la présente instruction.

**Abdelaziz BELKHADDEM**

---

ANNEXES

---

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

INSTITUTION OU ADMINISTRATION PUBLIQUE  
.....

MODELE D'ARRETE (DECISION) COLLECTIF  
RELATIF A L'INTEGRATION ET AU RECLASSEMENT  
DES STAGIAIRES

Le .....  
(Indiquer l'autorité investie du pouvoir de nomination)

- Vu l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;
- Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;
- Vu le décret n° .....du.....portant statut particulier..... ;
- Vu l'instruction n° .....du.....relative à la mise en œuvre du nouveau système de classification et de rémunération des fonctionnaires ;
- Sur proposition de.....

ARRETE OU (DECIDE)

**Article 1<sup>er</sup>** : les .....(préciser le grade ).....dont les noms et prénoms figurent au tableau annexé au présent arrêté (décision) sont intégrés et reclassés dans le grade (indiquer le grade d'intégration) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 2** : (indiquer l'autorité chargée de l'exécution).



**TABLEAU RELATIF A L'INTEGRATION  
ET AU RECLASSEMENT DES STAGIAIRE**

GRADE D'ORIGINE.....  
 Catégorie / Section.....  
 GRADE D'INTEGRATION.....

N° D'ordre	Nom Prénom	Situation dans le grade d'origine			Nouvelle Classification		
		Référence Nomination	Date de Nomination	Date d'installation	Catégorie	Indice Minimal	

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

INSTITUTION OU ADMINISTRATION PUBLIQUE

.....

MODELE D'ARRETE (OU DECISION) COLLECTIF  
RELATIF A L'INTEGRATION ET AU RECLASSEMENT  
DES FONCTIONNAIRES

Le .....

(Indiquer l'autorité investie du pouvoir de nomination)

- Vu l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;
- Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;
- Vu le décret n° .....du.....portant statut particulier..... ;
- Vu l'instruction n° .....du.....relative à la mise en œuvre du nouveau système de classification et de rémunération des fonctionnaires ;
- Sur proposition de.....

**ARRETE OU (DECIDE)**

**Article 1<sup>er</sup>** : les .....(préciser le grade ).....dont les noms et prénoms figurent au tableau annexé au présent arrêté (décision) sont intégrés et reclassés dans le grade (indiquer le grade d'intégration) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 2** : (indiquer l'autorité chargée de l'exécution du présent arrêté ou décision).

**GRADE D'ORIGINE.....**  
**Catégorie / Section .....**  
**GRADE D'INTEGRATION.....**  
**Catégorie.....**  
**Indice minimal .....**

**TABLEAU RELATIF A L'INTEGRATION ET AU RECLASSEMENT DES FONCTIONNAIRES**

N° d'Ordre	Nom /Prénom	SITUATION DANS LE GRADE D'ORIGINE								SITUATION DANS LE GRADE D'INTEGRATION						OBS		
		Référence De Nomination Intégration	Date de Nomination Intégration	Date D'Insta	Réfé Confir mation	Date Confir mation	Echelon	Date D'effet	Reliquat			Echelon	Reliquat					
									A	M	J		A	M	J			

MODELE D'ARRETE (DECISION) COLLECTIF  
RELATIF A L'INTEGRATION ET AU RECLASSEMENT  
DES FONCTIONNAIRES  
(OUVRIERS PROFESSIONNELS CONDUCTEURS D'AUTOMOBILES  
ET APPARITEURS)

Le .....  
(Indiquer l'autorité investie du pouvoir de nomination)

- Vu l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;
- Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;
- Vu le décret n° .....du.....portant statut particulier..... ;
- Vu l'instruction n° .....du.....relative à la mise en œuvre du nouveau système de classification et de rémunération des fonctionnaires ;
- Sur proposition de.....

**ARRETE OU (DECIDE)**

**Article 1<sup>er</sup>** : les .....(préciser le grade ).....dont les noms et prénoms figurent au tableau annexé au présent arrêté (décision) sont intégrés et reclassés dans le grade (indiquer le grade d'intégration) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 2** : (indiquer l'autorité chargée de l'exécution du présent arrêté ou décision).

GRADE.....  
 ANCIENNE CLASSIFICATION.....  
 CATEGORIE / SECTION.....

**TABLEAU RELATIF A L'INTEGRATION ET AU RECLASSEMENT DES FONCTIONNAIRES  
 (OUVRIERS PROFESSIONNELS CONDUCTEURS D'AUTOMOBILES  
 ET APPARITEURS)**

N° d'Ordre	Nom /Prénom	SITUATION DANS LE GRADE										Nouvelle situation après reclassement			OBS			
		Référence De Nomination Intégration	Date de Nomination Intégration	Date D'Insta	Réfé Confir mation	Date Confir mation	Echelon	Date D'effet	Reliquat			Echelon	Reliquat					
									A	M	J		A	M		J		

**TABLEAU RELATIF AU RECLASSEMENT  
DES STAGIAIRES (OUVRIERS PROFESSIONNELS  
CONDUCTEURS D'AUTOMOBILES ET APPARITEURS**

**Grade .....**  
**Classification actuelle.....**  
**Catégorie /Section.....**

N° Ordre	Nom Prénom	Poste de Travail	Situation actuelle dans le grade			Nouvelle classification au reclassement		Obs
			Référence Nominatif	Date de Nomination	Date d' Installation	Catégorie	Indice Minimal	

Le Chef du Gouvernement

**Instruction n° 08 du 14 Janvier 2008 relative à la mise en œuvre des mesures de revalorisation des rémunérations des titulaires de fonctions supérieures de l'état**

**Mesdames et Messieurs  
Les Membres du Gouvernement  
Madame et Messieurs les Walis**

Dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions du décret présidentiel n°07-305 du 29 septembre 2007 modifiant le décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990 fixant le mode de rémunération applicable aux fonctionnaires et agents publics exerçant des fonctions supérieures de l'Etat et celles du décret présidentiel n°07-306 du 29 septembre 2007 fixant le régime indemnitaire des fonctionnaires et agents publics exerçant des fonctions supérieures de l'Etat, la présente instruction a pour objet de préciser les modalités d'application des mesures de revalorisation des rémunérations des titulaires de fonctions supérieures de l'Etat.

**1- La grille indiciaire des fonctions supérieures de l'Etat :**

Le décret présidentiel n°07-305 du 29 septembre 2007 susmentionné, a consacré une nouvelle grille indiciaire des fonctions supérieures de l'Etat.

Au plan vertical, la grille indiciaire des fonctions supérieures de l'Etat démarre à l'indice de base 2900 qui correspond à la catégorie A section 1, et progresse à raison de 150 points indiciaires par section, pour atteindre l'indice de base maximal de la catégorie G, section unique, soit 4700.

Au plan horizontal, la grille indiciaire progresse à raison de 5% par échelon correspondant à deux années d'ancienneté dans la fonction supérieure, pour atteindre 60% de l'indice de base au 12<sup>ème</sup> et dernier échelon.

**Grille indiciaire des fonctions supérieures**

			INDICE											
			ECHELONS											
catég.	section	Indice de base	1 <sup>er</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	4 <sup>ème</sup>	5 <sup>ème</sup>	6 <sup>ème</sup>	7 <sup>ème</sup>	8 <sup>ème</sup>	9 <sup>ème</sup>	10 <sup>ème</sup>	11 <sup>ème</sup>	12 <sup>ème</sup>
A	1	2900	3045	3190	3335	3480	3625	3770	3915	4060	4205	4350	4495	4640
	2	3050	2303	3355	3608	3660	3813	3965	4118	4270	4423	4575	4728	4880
B	1	3200	3360	3520	3680	3840	4000	4160	4320	4480	4640	4800	4960	5120
	2	3350	3518	3685	3853	4020	4188	4355	4523	4690	4858	5025	5193	5360
C	1	3500	3675	3850	4025	4200	4375	4550	4725	4900	5075	5250	5425	5600
	2	3650	3833	4015	4198	4380	4563	4745	4928	5110	5293	5475	5658	5840
D	1	3800	3990	4180	4370	4560	4750	4940	5130	5320	5510	5700	5890	6080
	2	3950	4148	4345	4543	4740	4938	4135	5333	5530	5728	5925	6123	6320
E	1	4100	4305	4510	4715	4920	5125	5330	5535	5740	5945	6150	6355	6560
	2	4250	4463	4675	4888	5100	5313	5525	5738	5950	6163	6375	6588	6800
F	1	4400	4620	4840	5060	5280	5500	5720	5940	6160	6380	6600	6820	7040
	2	4550	4778	5005	5233	5460	5688	5915	6143	6370	6598	6825	7053	7280
G	SECTION UNIQUE	4700	4935	5170	5405	5640	5875	6110	6345	6580	6815	7050	7285	7520

Il convient de préciser que le traitement de la fonction supérieure de l'Etat correspond à l'indice de base la catégorie et section de classement de la fonction supérieure augmenté de l'indice correspondant à l'échelon occupé dans la fonction supérieure multiplié par la valeur du point indiciaire fixée à 19 DA par le décret présidentiel n°2000-439 du 23 décembre 2000 modifiant le décret exécutif n°90-228 du 25 juillet 1990 précité.

**2- Modalités de reclassement indiciaire des titulaires de fonctions supérieures de l'Etat :**

Le reclassement indiciaire des fonctionnaires ou agents publics occupant une fonction supérieure de l'Etat, classés conformément aux dispositions du décret exécutif n°90-228 du 25 juillet 1990 précité, devra s'opérer selon les modalités suivantes :

- Pour les cadres supérieures en activités au 31 décembre 2007, le reclassement dans la grille indiciaire prévue à l'article 3 du décret présidentiel n°07-305 du 29 septembre 2007 précité, s'effectue aux mêmes catégories, section et échelon qu'ils détenaient, à cette date, dans la fonction supérieure occupée.

Dans le cadre, il convient de signaler que les titulaires de fonctions supérieures de l'Etat ayant atteint le 10<sup>ème</sup> échelon au 31 décembre 2007 et qui réunissent l'ancienneté requise, font l'objet d'un reclassement, selon le cas, au 11<sup>ème</sup> ou au 12<sup>ème</sup> échelon.

Les décisions de reclassement indiciaire et d'avancement d'échelon le cas échéant, prises dans ce cadre sont soumises au visa du contrôleur financier.

- Les cadres supérieurs de l'Etat nommés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont reclassés dans la grille indiciaire prévue à l'article 3 du décret présidentiel n°07-205 du 29 septembre 2007 précité, conformément aux dispositions de l'instruction n°3 du 12 septembre 1990 relative aux modalités d'application du décret exécutif n°90-228 du 25 juillet 1990 précité.

La décision de reclassement indiciaire est soumise au visa des services de la fonction publique et du contrôleur financier.

**3- Le régime indemnitaire :**

Le décret présidentiel n°07-306 du 29 septembre 2007 sus-visé, a abrogé les dispositions du décret exécutif n°91-387 du 16 octobre 1991 portant institution d'indemnités au profit des fonctionnaires et agents publics exerçant des fonctions supérieures de l'Etat, ainsi que celles du décret exécutif n°94-78 du 9 avril 1994 portant attribution d'une indemnité complémentaire au profit des fonctionnaire et agents publics, autres que ceux classés dans l'échelle nationale indiciaire relative aux salaires. Par conséquent, l'indemnité de sujétion, l'indemnité de responsabilité et l'indemnité complémentaire ne sont plus servies aux titulaires de fonction supérieures de l'Etat.

Par ailleurs, le décret présidentiel n°07-306 du 29 septembre 2007 précité, a prévu pour les titulaires de fonctions supérieures de l'Etat une indemnité mensuelle de représentation calculée sur la base du traitement, conformément au tableau ci-après :

Catégories et sections	Taux
A1, A2	40%
B1 B2 C1 C2	45%
D1 D2 et E1	50%
E2 F1 F2 et G	55%

**4- Modalité de calcul de la rémunération d'un titulaire d'une fonction supérieure de l'Etat ayant opté pour la rémunération attachée à son grade**

En application de l'article 3 du décret présidentiel n°07-306 du 29 septembre 2007 précité, le titulaire d'une fonction supérieure de l'Etat qui conserve le traitement attaché à son grade bénéficie de l'indemnité de représentation calculée par référence au traitement de la fonction supérieure occupée.

Exemple de calcul de la rémunération d'un fonctionnaire appartenant à un grade classé dans la grille indiciaire des traitements prévue par le décret présidentiel n°07-304 du 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires, à la 7<sup>ème</sup> subdivision hors catégorie au 10<sup>ème</sup> échelon, ayant été nommé sur une fonction supérieure de l'Etat classée à la catégorie B, section 2 et qui opte pour le traitement attaché à son grade.



**Traitement du grade :**

- Indice minimal : 1480
- Indice d'échelon : 740
- Indice de traitement = 1480 + 740 = 2220
- - traitement = 2220 x 45 DA = 99 900 DA

**Traitement de la fonction supérieure de l'Etat :**

- Indice de base : 3350
- Indice d'échelon : 740
- Indice obtenu = 3350 + 740 = 4090

Le fonctionnaire concerné est reclassé dans la grille indiciaire prévue à l'article 3 du décret présidentiel n°07-305 du 29 septembre 2007 précité, à l'indice égal ou immédiatement supérieure, soit l'indice **4188**.

- Traitement = **4188 x 19 DA = 79 572 DA**

Le traitement du grade étant supérieur à celui de la fonction supérieure de l'Etat, l'intéressé peut opter pour le traitement attaché à son grade.

Le traitement devant servir d'assiette de calcul de l'indemnité de représentation est de **79 572 DA**.

L'indemnité de représentation est égale à :

$$79\ 572 \times 45\% = 35\ 807\ DA$$

La rémunération mensuelle de l'intéressé est égale à :

$$99\ 900 + 35\ 807 = 135\ 707\ DA$$

**5- Cas des titulaires d'emplois relevant d'établissement publics ayant le statut de la fonction supérieure de l'Etat :**

L'article 11 du décret présidentiel n°07-307 du 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieures dans les institutions et administrations publiques, a prévu la possibilité au titulaire d'un emploi relevant d'un établissement public ayant le statut de la fonction supérieure de l'Etat, d'opter pour le système de rémunération propre aux postes supérieurs, lorsque celui-ci est plus avantageux. Dans ce cas l'intéressé conserve la rémunération attachée à son grade d'appartenance auquel s'ajoute la bonification indiciaire découlant de la classification de l'établissement public concerné, tel que prévu à l'article 8 du décret présidentiel n°07-307 du 29 septembre 2007 précité.

La bonification indiciaire y afférente est exclusive de l'indemnité de représentation.

Au regard de l'importance de la réforme engagée, je vous invite à apporter une attention particulière à la mise en œuvre efficiente de l'ensemble des prescriptions de la présente instruction.

**Abdelaziz BELKHADEM**

**Instruction n° 10 du 14 Janvier 2008 relative à la mise en œuvre du nouveau dispositif de classification et de rémunération des agents contractuels**

**Mesdames et Messieurs  
Les Membres du Gouvernement  
Madame et Messieurs Les Walis**

En application des dispositions de l'article 24 de l'ordonnance n°06-03 du 15 Juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007, fixant les modalités de recrutement des agents contractuels, leurs droits et obligations les éléments constitutifs de leur rémunération, les règles relatives à leur gestion ainsi que le régime disciplinaire qui leur est applicable, a fixé les modalités de classification et de rémunération des agents soumis au régime de la contractualisation.

Dans ce cadre, la présente instruction a pour objet de préciser les modalités et conditions de sa mise en œuvre.

En application des dispositions des articles 19,20, et 21 de l'ordonnance n°06-03 du 15 juillet 2006 précitée, les institutions et administrations publiques peuvent procéder au recrutement, selon le cas et en fonction de leur besoin, d'agents contractuels pour une durée déterminée ou indéterminée, à temps plein ou à temps partiel.

**1- Les agents contractuels recrutés sur des emplois d'entretien, de maintenance ou de service :**

Les agents contractuels recrutés sur des emplois liés aux activités d'entretien, de maintenance ou, de service tel que prévu à l'article 19 de l'ordonnance n°06-03 du 15 Juillet 2006 précitée, sont classés en fonction de leur nouveau de qualification dans la grille indiciaire ci-après :

<b>Emplois</b>	<b>Catégories</b>	<b>Indices</b>
- Ouvrier professionnel de niveau 1 - Agent de service de niveau 1 - Gardien	<b>1</b>	<b>200</b>
- Conducteur automobile de niveau 1	<b>2</b>	<b>219</b>
- Ouvrier professionnel de niveau 2 - Conducteur automobile de niveau 2 - Agent de service de niveau 2	<b>3</b>	<b>240</b>
- Conducteur automobile de niveau 3 et chef de parc	<b>4</b>	<b>263</b>
- Ouvrier professionnel de niveau 3 - Agent de service de niveau 3 - Agent de prévention de niveau 1	<b>5</b>	<b>288</b>
- Ouvrier professionnel de niveau 4	<b>6</b>	<b>315</b>
- Agent de prévention de niveau 2	<b>7</b>	<b>348</b>

Les sept (7) catégories de la grille indiciaire correspondent aux différents niveaux de qualification requis pour le recrutement des ouvriers professionnels, des agents de service, des conducteurs automobiles, des agents de prévention et des gardiens, prévus par les articles 29 à 44 du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité.

**2- Les agents contractuels recrutés sur des emplois correspondant à des grades de fonctionnaires :**

Les agents contractuels recrutés sur des emplois correspondant à des grades de fonctionnaires dans le cadre de l'article 20 du statut général de la fonction publique, en attendant l'organisation de concours ou pour remplacer un fonctionnaire momentanément absent, sont classés en fonction de leur niveau de qualification dans la grille indiciaire des traitements prévue par le décret présidentiel n°07-304 du 29 septembre 2007, fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires.

**3- Les agents contractuels recrutés pour la réalisation d'une opération revêtant un caractère conjoncturel :**

Les agents contractuels recrutés dans le cadre de l'article 21 du statut général de la fonction publique pour la réalisation d'opérations conjoncturelles sont classés, selon le cas :

**3.1-** les agents contractuels recrutés sur des emplois correspondant à des grades de fonctionnaires sont classés dans la grille indiciaire des traitements prévue par le décret présidentiel n°07-304 du 29 septembre 2007 précité, à la même catégorie que le grade concerné.

Il demeure entendu que l'agent contractuel doit justifier du même niveau de qualification requis pour l'accès au grade considéré.

**3.2-** Les agents contractuels recrutés sur des emplois d'entretien, de maintenance ou de service sont classés dans la grille indiciaire des emplois prévue à l'article 45 du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité.

A titre d'exemple, un conducteur automobile, titulaire d'un permis de conduire de catégorie B, recruté dans le cadre d'une opération revêtant un caractère conjoncturel est classé par référence à l'emploi de conducteur automobile de niveau 1, soit la catégorie 2, indice 219.

**3.3-** Les agents contractuels autres que ceux prévus aux points 3.1 et 3.2 ci-dessus, sont classés dans la grille indiciaire des traitements prévue par le décret présidentiel n°07-304 du 29 septembre 2007 précité, en fonction du niveau de qualification requis pour l'occupation de l'emploi.

A titre d'exemple, un agent contractuel recruté sur la base du baccalauréat est classé à la catégorie 8 de la grille des niveaux de qualification prévue par l'article 3 du décret présidentiel n°07-304 du 29 septembre 2007 précité.

#### **4- Modalités de reclassement des agents contractuels et vacataires dans le cadre du nouveau dispositif réglementaire relatif au régime de la contractualisation :**

La mise en œuvre du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité, implique le reclassement de l'ensemble des agents contractuels et vacataires en activité au 31 décembre 2007, dans l'une des grilles ci-après :

- ❖ La grille des emplois fixée à l'article 45 du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité, pour les agents contractuels et vacataires recrutés sur des emplois liés aux activités d'entretien, de maintenance ou de service dans le cadre des articles 19 ou 21 de l'ordonnance n°06-03 du 15 juillet 2006 précitée.
- ❖ La grille indiciaire des traitements, fixée par le décret présidentiel n°07-304 du 29 septembre 2007 précité, pour les agents contractuels recrutés dans le cadre des articles 20 ou 21 de l'ordonnance n°06-03 du 15 juillet 2006 précitée.

#### **4.1- Reclassement des agents contractuels et vacataires recrutés sur des emplois liés à des activités d'entretien, de maintenance ou de service :**

Les agents contractuels et vacataires en activité au 31 décembre 2007, recrutés sur des emplois liés à des activités d'entretien, de maintenance ou de service, quelque soit la durée de la relation de travail, font l'objet d'un reclassement dans la grille indiciaire prévue à l'article 45 du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité.

A titre d'exemple, un ouvrier professionnel contractuel de 2<sup>ème</sup> catégorie recruté en qualité d'aide cuisinier, classé à la catégorie 8 section 3, est reclassé à la catégorie 3 correspondant à l'emploi d'ouvrier professionnel de niveau 2.

#### **4.2- Reclassement des agents contractuels recrutés sur des grades de fonctionnaires :**

Les contractuels recrutés sur des grades de fonctionnaires, en attendant l'organisation d'un concours de recrutement ou en vue de pourvoir à la vacance momentanée d'un emploi, en activité au 31 décembre 2007, font l'objet d'un reclassement dans la grille indiciaire des traitements prévue par le décret présidentiel n°07-304 du 29 septembre 2007 précité, selon la nouvelle classification du grade correspondant.

#### **4.3- Reclassement des agents contractuels et vacataires recrutés dans le cadre de la réalisation d'opération revêtant un caractère conjoncturel :**

Lorsqu'un agent contractuel ou vacataire est recruté sur un emploi lié à des activités d'entretien, de maintenance ou de service dans le cadre d'une opération conjoncturelle, il est reclassé dans la grille indiciaire prévue à l'article 45 du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité.

A titre d'exemple, un agent vacataire recruté sur un emploi de gardien classé à la catégorie 6 section 2, est reclassé à la catégorie 1, indice 200.

Lorsqu'un agent contractuel est recruté sur l'un des emplois correspondant à des grades de fonctionnaires, il est reclassé dans la grille indiciaire des traitements prévue par le décret présidentiel n°07-304 du 29 septembre 2007 précité, par référence au grade concerné.

Les agents contractuels recrutés sur un emploi ne correspondant pas à des grades de fonctionnaires, sont classés en fonction du niveau de qualification requis pour l'occupation de l'emploi, dans la grille indiciaire des traitements prévue à l'article 2 du décret présidentiel n°07-304 du 29 septembre 2007 précité.

A titre d'exemple, un agent contractuel recruté sur un emploi pour lequel est exigé une licence de l'enseignement supérieur, est reclassée à la catégorie 11, indice 498.

Il convient de préciser que les dispositions de la présente instruction ne sont pas applicables aux agents recrutés dans le cadre d'opération revêtant un caractère conjoncturel et pour lesquels un mode de rémunération spécifique est prévu.

#### **4.4- Calcul de l'indemnité d'expérience professionnelle :**

L'antériorité professionnelle des agents contractuels et vacataires exerçant à temps plein, validée conformément à la réglementation en vigueur au 31 décembre 2007, est revalorisée conformément au décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité. Dans ce cas, l'indemnité d'expérience professionnelle (IEP) est calculée, après reclassement, sur la base de l'indice correspondant à la nouvelle classification de l'emploi.

**Exemple 1 :** Cas d'un ouvrier professionnel de 2<sup>ème</sup> catégorie, classé à la catégorie 8, section 1, justifiant au 31 décembre 2007, de cinq années d'expérience professionnelle dans les institutions et administrations publiques, reclassé à la catégorie 3 indice 240 de la grille indiciaire prévue par le décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité.

L'indemnité d'expérience professionnelle est calculée comme suit :

- Le taux de l'IEP au 31 décembre 2007 est égal à :

$$5 \text{ années} \times 1,40 \% = 7\%$$

La nouvelle indemnité d'expérience professionnelle est calculée comme suit :

- Traitement de base :  $240 \times 45 \text{ DA} = 10\,800 \text{ DA}$
- IEP :  $10\,800 \times 7\% = 756 \text{ DA}$

Par ailleurs, il convient de signaler que l'agent contractuel dont l'indemnité d'expérience professionnelle plafonne au taux maximal de **50%** du salaire de base au 31 décembre 2007 et qui détient un reliquat d'ancienneté suffisant, bénéficie d'une revalorisation de l'indemnité d'expérience professionnelle à raison de **1.40 %** par année, et ce dans la limite de **10 %** du traitement de base.

La revalorisation de l'IEP prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et ne saurait excéder **60 %** du traitement de base.

**Exemple 2 :** Cas d'un ouvrier professionnel de 2<sup>ème</sup> catégorie, classé à la catégorie **8** section **1** qui bénéficie au 31 décembre 2007 d'une indemnité d'expérience professionnelle de **50 %** du salaire de base et qui dégage à cette date un reliquat d'ancienneté d'une année et trois (3) mois.

Le taux de l'IEP est calculé comme suit :

$$50\% + 1,40\% = 51,40\%$$

L'indemnité d'expérience professionnelle à servir à l'agent concerné à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 est égale à :

$$10\,800 \text{ DA} \times 51,40\% = 5\,551,20 \text{ DA}$$

L'agent conserve un reliquat d'ancienneté de trois (03) mois.

#### **5- Commission de reclassement :**

Dans le souci de réunir les meilleures conditions de passage au nouveau système de rémunération des agents contractuels et vacataires en activité au 31 décembre 2007, ainsi que leur reclassement dans l'une des grilles concernées, des commissions interministérielles de reclassement sont instituées à cet effet au niveau central et local.

La commission de reclassement au niveau central est chargée de procéder au reclassement de l'ensemble des agents contractuels et vacataires des différents départements ministériels, des institutions et établissements publics à caractère national. La commission se compose :

- D'un représentant de la direction générale de la fonction publique, président ;
- Du contrôleur financier compétent ;
- Du représentant habilité de l'institution ou l'administration publique concernée.

La commission de reclassement au niveau local est chargée de procéder au reclassement de l'ensemble des agents contractuels et vacataires des services déconcentrés, des administrations décentralisées et établissements publics locaux. La commission se compose :

- Du chef d'inspection de la fonction publique, président ;
- Du contrôleur financier ou du trésorier compétent, selon le cas ;
- Du représentant habilité de l'institution ou l'administration publique concernée.

#### **6- Procédure de reclassement :**

En vue d'assurer la diligence nécessaire à l'opération de reclassement des agents contractuels et vacataire en activité au 31 décembre 2007, les administrations concernées sont tenues d'établir des projets de contrat pour l'ensemble des agents contractuels et vacataire concernés.

A cet égard, les contrats de travail doivent prendre en compte les prescriptions suivantes :

- Les agents contractuels et vacataires dont la durée de la relation de travail n'est pas précisée dans le contrat ou la décision de recrutement, bénéficient d'un contrat à durée indéterminée ;
- Les agents contractuels et vacataires dont la durée du contrat initial est limitée dans le temps, bénéficient d'un contrat à durée déterminée correspondant à la période du contrat en vigueur.

Les agents vacataires exerçant à temps partiel (5 heures par jour) bénéficient d'un contrat de travail de même nature et pour une durée indéterminée, si celle-ci n'est pas limitée dans le temps ou pour une durée déterminée, si la période est précisée.

Les projets de contrats établis, conformément aux modèles ci-joints, sont soumis, pour examen et approbation, à la commission de reclassement compétente.

Les projets de contrats en question devront être accompagnés de documents retraçant la situation administrative précise de chaque agent.

Un procès-verbal de reclassement sera établi par le représentant des services centraux ou locaux de la Direction Générale de la Fonction Publique dont une copie est adressée, selon le cas, au contrôleur financier ou au trésorier compétent ainsi qu'à l'administration concernée.

## **7- Gestion des effectifs budgétaires :**

L'intervention du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité, a engendré un changement dans la dénomination de certains emplois.

Dans ce cas, si un agent contractuel ou vacataire est reclassé dans un nouveau emploi dont la dénomination est différente de celle de l'emploi initial de recrutement, la commission de reclassement procède à la reconversion systématique du poste budgétaire, tel que prévu dans le fascicule budgétaire et le plan annuel de gestion des ressources humaines de l'administration concernée.

La liste des postes budgétaires ayant fait l'objet d'une reconversion est annexée au procès-verbal de ladite commission.

## **8- Rémunération des agents contractuels :**

La rémunération des agents soumis au régime de la contractualisation se compose des éléments suivants :

- Le traitement de base résultant du produit de l'indice de base correspondant à la catégorie de classement de l'emploi par la valeur du point indiciaire fixée par le décret présidentiel n°07-304 du 29 septembre 2007 précité ;
- L'indemnité d'expérience professionnelle calculée au taux de 1,40% du traitement de base par année d'activité dans les institutions et Administrations Publiques et de 0,70 % par année d'activité dans les autres secteurs d'activités, dans la limite maximale de 60 % du traitement de base ;
- Le cas échéant, de toute prime ou indemnité fixée par voie réglementaire ;
- Des prestations à caractère familial.


### **8.1- Rémunération des agents contractuels :**

Les agents contractuels recrutés à temps plein exerçant leur activité pendant huit heures par jour, soit 40 heures par semaine. Ils bénéficient d'une rémunération qui correspond à un mois de travail, soit 173.33 heures / mois.

#### **8.1.1- Rémunération des agents contractuels effectuant la durée légale de travail, en activité au 31 décembre 2007 :**

Les agents contractuels effectuant la durée légale de travail, en activité au 31 décembre 2007, bénéficient des éléments de la rémunération ci-après :

- Le traitement de base correspondant à la catégorie de reclassement de l'emploi considéré ;
- L'indemnité d'expérience professionnelle, tel que défini au point 4.4 ci-dessus ;
- Toute prime ou indemnité servies au 31 décembre 2007, à l'exception de l'ICR et de l'ISS ou de toute autre indemnité de même nature, tel que défini à l'article 74 du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité. Ces primes et indemnités continuent à être calculées conformément à la réglementation en vigueur au 31 décembre 2007.

 **Exemple :** Cas d'un ouvrier professionnel de 3<sup>ème</sup> catégorie contractuel en activité au 31 décembre 2007, exerçant à temps plein et justifiant de 25 années d'ancienneté dans les institutions et administrations publiques, reclassé à l'emploi d'ouvrier professionnel de niveau 1.

#### **Elément de la rémunération au 31 décembre 2007**

- Classification : catégorie 4, section 3,
- Salaire de base : 4 927,62 DA,
- Indemnité d'expérience professionnelle :

$$\text{Taux} = 25 \text{ années} \times 1,40 \% = 35 \%$$

$$\text{Montant IEP} = 4\,927,62 \text{ DA} \times 35 \% = 1\,724,66 \text{ DA}$$

- Rémunération principale :

$$4\,927,62 \text{ DA} + 1\,724,66 = 6\,652,28 \text{ DA}$$

- Indemnité complémentaire de revenu (ICR) : 3 720 DA ;
- Prime de rendement au taux de 25 % de la rémunération principale, si l'agent a obtenu une note de 20/20.

$$6\,652,28 \times 25 \% = 1\,663,07 \text{ DA}$$

- Indemnité de nuisance : 176 DA.

La rémunération globale brute au 31 décembre 2007, est de :

$$6\,652,28 \text{ DA} + 3\,720 \text{ DA} + 1\,663,07 \text{ DA} + 176 \text{ DA} = 12\,211,35 \text{ DA.}$$

#### **Eléments de la rémunération au 1<sup>er</sup> janvier 2008**

- Classification : catégorie 1, indice 200
- Traitement de base :  $200 \times 45 = 9\,000 \text{ DA}$
- Indemnité d'expérience professionnelle :  $9\,000 \times 35 \% = 3\,150 \text{ DA}$
- Traitement :  $9\,000 \text{ DA} + 3\,150 \text{ DA} = 12\,150 \text{ DA}$
- Prime de rendement, soit 25 % de la rémunération principale (barème des rémunérations de 2001) si l'agent a obtenu une note de 20/20.

$$12\,150 \text{ DA} \times 25 \% = 3\,037,50 \text{ DA}$$

- Indemnité de nuisance : **176 DA**,

Il convient de rappeler que la prime de rendement et l'indemnité de nuisance sont calculées conformément à la réglementation en vigueur au 31 décembre 2007.

La nouvelle rémunération globale brute de l'agent est donc de :

$$12\ 150\ DA + 1\ 663,07\ DA + 176\ DA = 13\ 989,07\ DA.$$

**8.1.2- Rémunération des agents contractuels exerçant à temps plein, recrutés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 :**

En attendant la mise en œuvre des dispositions de l'article 24 dernier tiret du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité, les agents contractuels recrutés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, pour exercer à temps plein, bénéficient, en plus du traitement, de tout ou partie du régime indemnitaire servi aux fonctionnaires exerçant les mêmes activités.

La liste des primes et indemnités susceptibles d'être servies aux agents concernés ainsi que les modalités de calcul y afférentes, sont fixées par arrêté conjoint ou décision conjointe du ministre des finances, de l'autorité concernée et de l'autorité chargée de la fonction publique.

En tout état de cause, sauf dispositions réglementaires contraires, les agents contractuels recrutés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, pour exercer une activité à temps plein, bénéficient de la prime de rendement prévue par le décret exécutif n°90-194 du 23 juin 1990, travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques, au taux de 25 % de la rémunération principale (salaire de base + indemnité d'expérience professionnelle). Le salaire de base à prendre en compte est celui servi aux agents contractuels recrutés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2008 et exerçant les mêmes activités.

Il demeure entendu que la prime de rendement est exclusive de toute prime ou indemnité de même nature.

S'agissant des agents contractuels recrutés sur des emplois liés à des activités d'entretien, de maintenance ou de service et qui exercent leur activité à temps plein, le salaire de base à prendre en compte pour le calcul de la prime de rendement est celui prévu au tableau de concordance ci-après :

Nouvelle classification	Classification de référence	Salaire de base de référence
1	4/3	4 927,62 DA
2	5/3	5 233,07 DA
3	6/3	5 585,76 DA
4	7/3	5 957,02 DA
5	8/3	6 383,97 DA
6	9/3	6 848,04 DA
7	10/3	7 367,81 DA

Par ailleurs, il convient de préciser que l'IEP à ajouter au salaire de base pour la détermination de la rémunération principale doit être calculée par référence au salaire de base, tel que prévu au tableau de concordance ci-dessus.

**8.2- Rémunération des agents contractuels exerçant à temps partiel :**

L'article 6 du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité, a fixé à cinq heures l'amplitude journalière de travail des agents contractuels exerçant à temps partiel. Dès lors, les agents concernés qui travaillent un mois entier bénéficient d'une rémunération mensuelle au prorata du nombre d'heures effectuées dans le mois, à savoir 108,33 heures/ mois ; soit :

$$\frac{5\ \text{heures} \times 5\ \text{jours} \times 52\ \text{semaines}}{12\ \text{mois}} = 108,33\ \text{heures} / \text{mois}$$

La rémunération des agents contractuels exerçant à temps partiel, quelque soit la date de recrutement, comprend les éléments suivants :

- le traitement de base correspondant à la catégorie de classement de l'emploi ;
- l'indemnité d'expérience professionnelle calculée, tel que défini au point 4.4 ci-dessus.

• **Calcul du traitement mensuel d'un agent contractuel exerçant à temps partiel :**

**Exemple :** Cas d'un ouvrier professionnel de niveau 1 ayant une ancienneté de 25 années dans le secteur de l'administration publique et ayant travaillé pendant un mois entier.

- Classification : catégorie 1, indice 200
- Traitement de base : **200 x 45 = 9 000 DA**
- IEP : 9 000 x 35 % = 3 150 DA
- Traitement : **(9 000 DA + 3 150 DA) x 108,33 = 7 593,66 DA**  
173,33

### **8.3 – Le différentiel de revenu et bonification de l'indemnité d'expérience professionnelle :**

Certains emplois surclassés à l'origine, peuvent, compte tenu du niveau de qualification requis, faire apparaître des écarts négatifs, suite à leur reclassement dans le nouveau système de rémunération.

En vertu du principe de la préservation des droits acquis, tel qu'énoncé à l'article 75 du décret présidentiel n°07- 308 du 29 septembre 2007 précité, tout écart négatif sur la rémunération qu'induirait le reclassement d'un emploi dans la nouvelle grille indiciaire correspondante est pris en charge dans le nouveau traitement, par l'octroi d'un différentiel de revenu.

#### **8.3.1- Le différentiel de revenu :**

Lorsque la rémunération principale perçue au 31 décembre 2007, à laquelle s'ajoute l'ICR et l'ISS ou toute autre indemnité de même nature est supérieure au traitement mensuel brut résultant du reclassement dans la nouvelle grille indiciaire correspondante, il est attribué à l'agent concerné un différentiel de revenu dont le montant est égal à la différence entre le traitement et la dite rémunération.

Le montant brut du différentiel de revenu s'ajoute aux autres éléments de la rémunération.

Il convient de signaler que le différentiel de revenu est calculé après valorisation de l'expérience professionnelle au 31 décembre 2007.

Par ailleurs, il y'a lieu de souligner que le différentiel SNMG (mensuel ou horaire) continue à être calculé conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle du 27 décembre 2006 relative à la mise en œuvre du salaire national minimum garanti (SNMG). La rémunération à prendre en compte dans la comparaison avec le SNMG doit être calculée conformément aux dispositions de la présente instruction.

#### **8.3.2- La bonification de l'indemnité d'expérience professionnelle :**

L'agent contractuel dont le traitement est inférieur ou égal à la rémunération qu'il percevait au 31 décembre 2007, tel que définie au point 8.3.1 ci-dessus, bénéficie d'une bonification de l'indemnité d'expérience professionnelle, à raison de 10 % du traitement de base.

Cette bonification est également servie aux agents contractuels en activité au 31 décembre 2007, dont la rémunération découlant du nouveau système, est égale au salaire national minimum garanti (12 000 DA).

Il convient de préciser en outre que conformément à l'article 75 du décret présidentiel n° 07-308 du 29 septembre 2007 précité, l'agent contractuel concerné perçoit le différentiel de revenu et la bonification de l'indemnité d'expérience professionnelle, en montants fixes, jusqu'à la cessation d'activité.

Les montants du différentiel de revenu et celui de la bonification de l'indemnité de l'expérience professionnelle ne peuvent être modifiés ni par le fait de la valorisation de l'IEP ni par le fait de l'augmentation de la valeur du point indiciaire.

- **Calcul de la rémunération d'un agent contractuel en situation d'écart négatif :**

**Exemple :** Cas d'un conducteur automobile de 2<sup>ème</sup> catégorie justifiant de dix (10) années d'ancienneté dans les Institutions et Administrations publiques, ayant obtenu une note de 20/20, reclassé à l'emploi de conducteur d'automobile de niveau 1, catégorie 2, indice 219.

#### **Eléments de la rémunération au 31 décembre 2007, devant être pris en compte pour le calcul du différentiel de revenu**

- classification : catégorie 9, section 1
- salaire de base : **6 532,47 DA**
- indemnité d'expérience professionnelle : **914,55 DA**
- rémunération principale (RP) :  
**6 532,47 + 914,55 = 7 447,02 DA**
- indemnité complémentaire de revenu (ICR) : 5 010 DA

**1)- Total = RP + ICR, soit : 7 447,02 + 5 010 = 12 457,02 DA**

#### **Eléments de rémunération servis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 devant être pris en compte pour le calcul du différentiel de revenu**

Le nouveau traitement de l'agent concerné, reclassé à la catégorie 2, indice 219, se calcule comme suit :

- Traitement de base : **219 x 45 = 9 855 DA**
- Indemnité d'expérience professionnelle :  
**9 855 x 14 % = 1 379,70 DA**

**2)- Traitement : 9 855 + 1 379,70 = 11 234,70 DA**

- **Ecart = (2) – (1) : 11 234,70 – 12 457,02 = - 1 222,32 DA**

La différence entre la rémunération servie au 31 décembre 2007 et le traitement devant être servi à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, laisse apparaître un écart négatif. Dans ce cas, l'agent concerné bénéficie d'un différentiel de revenu égal à :

$$12 457,02 \text{ DA} - 11 234,70 \text{ DA} = 1 222,32 \text{ DA}$$



Outre le différentiel de revenu, l'agent concerné bénéficie d'une bonification de l'IEP de 10 % du traitement de base, calculée comme suit :

$$9\ 855\ \text{DA} \times 10\ \% = 985,50\ \text{DA}.$$

La nouvelle rémunération de l'agent sera composée des éléments ci-après :

- le traitement : **11 234,70 DA**
- le différentiel de revenu : **1 222,32 DA**
- la bonification de l'IEP : **985,50 DA**
- les primes et indemnités auxquelles l'agent concerné peut prétendre et dont le calcul s'effectue conformément à la réglementation en vigueur au 31 décembre 2007.

#### **8.4- Rémunération des agents contractuels concernés par le SNMG :**

Il convient de préciser que les dispositions de la circulaire interministérielle du 27 décembre 2006, relative à la mise en œuvre du salaire national minimum garanti (SNMG) dans les institutions et administrations publiques continuent à produire leurs effets en ce qui concerne les agents contractuels dont la rémunération est inférieure au SNMG (mensuel ou horaire).

- **Calcul de la rémunération d'un agent contractuel concerné par le différentiel SNMG :**

**Exemple :** Cas d'un ouvrier professionnel de 3<sup>ème</sup> catégorie, classé à la catégorie 4 section 3, reclassé dans l'emploi d'ouvrier professionnel de niveau 1, indice 200, n'ayant pas d'expérience professionnelle.

#### **Éléments de la rémunération au 31 décembre 2007**

- Salaire de base : **4 927,62 DA**
- IEP : **néant**
- ICR : **3 720 DA**
- Prime de rendement, soit 25 % de la rémunération principale si l'agent a obtenu une note de 20/20.  
 $4\ 927,62 \times 25\ \% = 1\ 231,91\ \text{DA}$
- Indemnité de nuisance : **176 DA.**
- Rémunération mensuelle à comparer au SNMG :

$$4\ 927,62 + 3\ 720 + 1\ 231,91 + 176 = 10\ 055,53\ \text{DA}$$

- Différentiel SNMG : **12 000 – 10 055,53 = 1 944,47 DA**
- Rémunération servie à l'agent :

$$10\ 055,53 + 1\ 944,47 = 12\ 000\ \text{DA}$$

#### **Éléments de la rémunération à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008**

- Traitement de base : **200 x 45 DA = 9 000 DA**
- Indemnité d'expérience professionnelle : **néant**
- Traitement : **9 000 DA**
- Prime de rendement : **1 231,91 DA**
- Indemnité de nuisance : **176 DA**

Il convient de souligner que la prime de rendement et l'indemnité de nuisance sont calculées conformément à la réglementation en vigueur au 31 décembre 2007.

La nouvelle rémunération globale brute de l'agent concerné est donc de :

$$9\ 000\ \text{DA} + 1\ 231,91\ \text{DA} + 176\ \text{DA} = 10\ 407,91\ \text{DA}.$$

La rémunération étant inférieure au SNMG mensuel (12 000 DA), il convient de servir à l'agent concerné un différentiel SNMG d'un montant de :

$$12\ 000\ \text{DA} - 10\ 407,91\ \text{DA} = 1\ 592,09\ \text{DA}$$

Outre le différentiel SNMG, il est servi à l'agent concerné, en application de l'article 75 du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 précité, une bonification de l'indemnité d'expérience professionnelle (IEP) de 10 % du traitement de base, soit **900 DA**.

La rémunération globale brute devant être servie à l'agent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, est de :

$$12\ 000 + 900 = 12\ 900\ \text{DA}$$

- **Calcul de la rémunération d'un ouvrier professionnel de 3<sup>ème</sup> catégorie, classé à la catégorie 4 section 3, en activité au 31 décembre 2007, exerçant à temps partiel et ne bénéficiant pas d'indemnité d'expérience professionnelle, reclassé dans l'emploi d'ouvrier professionnel de niveau 1, catégorie 1, indice 200 :**

- Traitement de base : **200 x 45 DA = 9 000 DA**
- Traitement de base horaire : **9 000 DA = 51,92 DA**  
**173,33**
- Indemnité d'expérience professionnelle : **néant**



- SNMG horaire :  $\frac{12\,000\text{ DA}}{173,33} = 69,23\text{ DA}$
- Différentiel SNMG :  $69,23 - 51,92 = 17,31\text{ DA}$
- Bonification de l'IEP horaire :  $\frac{9\,000 \times 10\%}{173,33} = 5,19\text{ DA}$

La rémunération mensuelle globale brute devant être servie à l'agent ayant travaillé un mois entier est de :

$$(51,92 + 17,31 + 5,19) \times 108,33 = 8\,061,92\text{ DA}$$

#### **9- Reclassement et rémunération de certains emplois publics :**

Certains emplois publics actuellement classés dans la grille indiciaire prévue par le décret n°85-59 du 23 mars 1985 portant statut- type des travailleurs des institutions et administrations publiques et dont les titulaires n'ont pas la qualité de fonctionnaires, doivent également faire l'objet d'un reclassement dans le nouveau système de classification et de rémunération.

Il s'agit notamment :

- des agents et des chefs de groupe de prévention et de sécurité ;
- des conseillers techniques auprès des collectivités locales.

#### **9.1- Les Agents et chefs de groupe de prévention et sécurité :**

Les Agents et chefs de groupe de prévention et sécurité contractuels recrutés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2008 dont le contrat de travail fait l'objet d'un renouvellement durant l'exercice 2008, sont reclassés respectivement dans les emplois d'agent de prévention de niveau 1 et d'agent de prévention de niveau 2, comme suit :

Emplois actuels	Nouveaux emplois	Nouvelle catégorie de classification	Indices
Agents de prévention et de sécurité	Agent de prévention de niveau 1	5	288
Chefs de groupe de prévention et de sécurité	Agent de prévention de niveau 1	7	348

#### **9.2- Les conseillers techniques auprès des collectivités locales :**

Les conseillers techniques auprès des communes et les conseillers techniques des wilayas, régis par les dispositions du décret exécutif n°96-61 du 21 janvier 1996 portant création d'un emploi de conseiller technique auprès des collectivités locales, occupent des emplois publics classés respectivement par référence aux grades d'administrateur et administrateur principal. Leur reclassement s'effectue dans la grille indiciaire des traitements des fonctionnaires.

Les conseillers techniques auprès du wali et les conseillers techniques auprès des communes régulièrement nommés, sont reclassés respectivement aux mêmes catégories que les administrateurs principaux et les administrateurs, tel que prévu par le nouveau statut particulier des corps communs.

Au regard de l'importance de la réforme engagée et de ses implications profondes et déterminantes sur le processus de gestion des ressources humaines au sein des institutions et administrations publiques, je vous invite à apporter une attention particulière à la mise en œuvre efficiente de l'ensemble des prescriptions de la présente instruction.

**Abdelaziz BELKHADEM**

# ANNEXES

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Institution ou administration publique

.....

**Modèle de contrat de travail  
A durée indéterminée des agents contractuels  
ou vacataires en activité au 31 décembre 2007**

**Entre :**

.....(Indiquer la dénomination de l'institution ou l'administration publique concernée),  
Représentée par : M.....( Indiquer le nom et le prénom et la qualité du représentant habilité),

**D'une part :**

**Et :**

M..... (Indiquer les nom et prénom de l'agent contractuel),

Né (e) le .....à.....

Demeurant à.....

**D'autre part .**

**Il a été convenu ce qui suit :**

**Article 1<sup>er</sup> :** M.....recruté en vertu de (Indiquer la nature de l'acte de recrutement) n°.....du.....en qualité de.....pour une période de...,bénéficie d'un contrat de travail à durée indéterminée pour occuper l'emploi de.....dans le cadre des dispositions du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007, fixant les modalités de recrutement des agents contractuels, leurs droits et obligations , les éléments constitutifs de leur rémunération, les règles relatives à leur gestion ainsi que le régime disciplinaire qui leur est applicable.

**Article 2 :** M.....est affecté à ..... (Indiquer la structure d'affectation).

**Article 3 :** M.....est reclassé à la catégorie.....indice.....

**Article 4 :** M.....bénéficie s'il y'a lieu, des primes et indemnités prévues par la réglementation en vigueur, à savoir :

- IEP (Indiquer le montant de l'IEP).....
- Autre primes et indemnités (Indiquer la nature).....

**Article 6 :** Outre les obligations prévues par le décret présidentiel N°07-308 du 29 septembre 2007 précité, M.....est soumis aux obligations spécifiques attachées à l'emploi, notamment :

- 
- 
- 

**Article 7 :** le présent contrat prend effet à compter du.....

Nom et prénom de  
L'agent contractuel

l'autorité administrative habilitée

Fait à,.....le.....

Lu et approuvé

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Institution ou administration publique

.....

**Modèle de contrat de travail  
A durée déterminée des agents contractuels  
ou vacataires en activité au 31 décembre 2007**

**Entre :**

.....(Indiquer la dénomination de l'institution ou l'administration publique concernée),  
Représentée par : M.....( Indiquer le nom et le prénom et la qualité du représentant habilité),

**D'une part :**

**Et :**

M..... (Indiquer les nom et prénom de l'agent contractuel),

Né (e) le ..... à.....

Demeurant à.....

**D'autre part .**

**Il a été convenu ce qui suit :**

**Article 1<sup>er</sup> :** M.....recruté en vertu de (Indiquer la nature de l'acte de recrutement) n°.....du.....en qualité de.....pour une période de...,bénéficie d'un contrat de travail à durée déterminée pour occuper l'emploi de.....dans le cadre des dispositions du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007, fixant les modalités de recrutement des agents contractuels, leurs droits et obligations , les éléments constitutifs de leur rémunération, les règles relatives à leur gestion ainsi que le régime disciplinaire qui leur est applicable.

**Article 2 :** Le présent contrat de travail est conclu pour une période de..... (Indiquer la durée et l'amplitude horaire ; à temps plein ou à temps partie).

**Article 3 :** M.....est affecté à ..... (Indiquer la structure d'affectation).

**Article 4 :** M.....est reclassé à la catégorie.....indice.....

**Article 5 :** M.....bénéficie s'il y'a lieu, des primes et indemnités prévues par la réglementation en vigueur, à savoir :

- IEP (Indiquer le montant de l'IEP).....
- Autre primes et indemnités (Indiquer la nature).....

**Article 6 :** Outre les obligations prévues par le décret présidentiel N°07-308 du 29 septembre 2007 précité, M.....est soumis aux obligations spécifiques attachées à l'emploi, notamment :

- 
- 
- 

**Article 7 :** le présent contrat prend effet à compter du.....

Nom et prénom de  
L'agent contractuel

l'autorité administrative habilitée

Fait à,.....le.....

Lu et approuvé

Présidence de la République  
Secrétariat Générale du Gouvernement  
Direction Générale de la Fonction Publique

**Translation dans la grille de bonification indiciaire des postes supérieures à caractère  
fonctionnel ou structurel des services centraux et déconcentrés de l'état**

Secteur de la Santé Publique

**Statut des Psychologues**  
« Décret exécutif n°91-111 du 27 avril 1991 »

Dénomination du Poste supérieur	Classification Catégorie actuelle	Grades actuels d'accès	Classification dans La nouvelle grille Bonification indic (niveaux)	Bonificatio indiciaire	Montant de la Bonification indiciaire DA
Psychologues cliniciens chefs	16/1	Psychologues cliniciens	N6	105	4 725
Psychologues orthophonistes chefs	16/1	Psychologues orthophonistes	N6	105	4 725
Psychologues cliniciens chefs	17/1	Psychologues cliniciens principaux	N6	105	4 725
Psychologues orthophonistes chefs	17/1	Psychologues orthophonistes principaux	N6	105	4 725

**Statut des SAGES FEMMES**  
« Décret exécutif n°91-110 du 27 avril 1991 »

Dénomination du Poste supérieur	Classification Catégorie actuelle	Grades actuels d'accès	Classification dans La nouvelle grille Bonification indic (niveaux)	Bonificatio indiciaire	Montant de la Bonification indiciaire DA
Sages femmes chefs d'unité	15/3	Sages femmes majors	N5	75	3 375
		Sages femmes	N5	75	3 375
Maîtresses sages femmes	15/5	Sages femmes chefs d'unité	N6	105	4 725
		Sages femmes majors	N6	105	4 725
Sages femmes inspecteurs	16/3	Maîtresses sages femmes	N7	145	8 625
		Sages femmes chefs d'unité	N7	145	8 625

**Statut des personnels paramédicaux**  
« Décret exécutif n°91-107 du 27 avril 1991 »

Dénomination du Poste supérieur	Classification Catégorie actuelle	Grades actuels d'accès	Classification dans La nouvelle grille Bonification indic (niveaux)	Bonificatio indiciaire	Montant de la Bonification indiciaire DA
Paramédicaux chefs d'équipes	14/4	Paramédicaux diplômés d'Etat	N2	35	1 575
		Paramédicaux Brevetés	N2	35	1 575
Paramédicaux surveillants de médicaux ou chefs d'atelier	5/3	Paramédicaux diplômés d'Etat	N4	55	2 475
		Paramédicaux chefs d'équipes	N4	55	2 475
		Paramédicaux principaux	N4	55	2 475
Paramédicaux surveillants chefs des services médicaux	15/5	Paramédicaux surveillants de services Médicaux	N5	75	3 375
		Paramédicaux principaux	N5	75	3 375
		Paramédicaux diplômés d'Etat	N5	75	3 375
		Paramédicaux Brevetés	N5	75	3 375
Coordinateurs des activités paramédicaux	16/3	Paramédicaux surveillants chefs de services Médicaux	N5	75	3 375
		Paramédicaux principaux	N5	75	3 375
		Paramédicaux surveillants de services	N5	75	3 375
PEPM chef d'option	17/3	PEPM du 2 <sup>ème</sup> degré	N5	75	3 375
		PEPM du 1 <sup>er</sup> degré	N5	75	3 375

**Statut des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation**  
**« Décret exécutif n°91-109 du 27 avril 1991 »**

Dénomination du Poste supérieur	Classification Catégorie actuelle	Grades actuels d'accès	Classification dans La nouvelle grille Bonification indic (niveaux)	Bonification indiciaire	Montant de la Bonification indiciaire DA
Auxiliaires médicaux chefs d'équipes	14/4	Auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation diplômés d'état	N2	35	1 575
Auxiliaires médicaux surveillants des Services médicaux	15/3	Auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation diplômés d'état	N4	55	2 475
		Auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation principaux	N4	55	2 475
Auxiliaires médicaux surveillants chefs	15/5	Auxiliaires médicaux surveillants des Services médicaux	N5	75	3 375
		Auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation principaux	N5	75	3 375
		Auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation diplômés d'état	N5	75	3 375

**Statut des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique**  
**« Décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991 »**

Dénomination du Poste supérieur	Classification Catégorie actuelle	Grades actuels d'accès	Classification dans La nouvelle grille Bonification indic (niveaux)	Bonification indiciaire	Montant de la Bonification indiciaire DA
Médecin responsable d'unité de soins	20/1	Médecins généralistes	N6	105	4 725
Pharmacien coordinateur	19/5	Pharmaciens généralistes	N7	145	6 525
Chirurgien dentiste coordinateur	19/5	Chirurgiens dentiste généralistes	N6	105	4 725
Médecin coordinateur	20/5	Médecin généraliste	N7	145	6 525
Praticiens médicaux spécialistes chef d'unité	1080/	Les praticiens spécialistes chefs	N10	325	14 625
Praticiens médicaux spécialistes chef d'unité	1080/	Les praticiens spécialistes principaux	N8	195	8 775
Praticiens médicaux spécialistes chef d'unité	1000/	Les praticiens spécialistes assistants	N7	145	6 525
Médecin du travail inspecteur	1080/	Les praticiens spécialistes chefs	N10	325	14 625
Médecin du travail inspecteur	1080/	Les praticiens spécialistes principaux	N8	195	8 775
Médecin du travail inspecteur	1000/	Les praticiens spécialistes assistants	N7	145	6 525
Praticien médical spécialiste chef de service	1160/	Les praticiens spécialistes chefs	N10	325	14 625
Praticien médical spécialiste chef de service	1120/	Les praticiens spécialistes principaux	N9	255	11 475
Praticien médical spécialiste chef de service	1040	Les praticiens spécialistes Assistants chefs d'unité	N8	195	8 775
		Les praticiens spécialistes assistants	N8	195	8 775

**SERVICES DECONCENTREE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION DE WILAYA**

Dénomination du	Classification Catégorie	Grades actuels d'accès	Classification dans La nouvelle grille de salaire	Bonification indiciaire	Montant de la Bonification
<b>Poste supérieur</b>	<b>actuelle</b>		<b>Bonification indic (niveaux)</b>		<b>indiciaire DA</b>
Secrétaire général	20/3	Administrateur principal	N9	255	11 475
Secrétaire général	20/3	Administrateur	N9	255	11 475
Secrétaire général	20/3	A.S.S 1 <sup>ère</sup> classe	N9	255	11 475
Secrétaire général	20/3	A.S.S 2 <sup>ème</sup> classe	N9	255	11 475
Chef de service	19/5	Administrateur principal	N8	195	8 775
Chef de service	18/5	Administrateur	N8	195	8 775
Chef de service	17/5	Administrateur	N7	145	6 525
Chef de service	16/1	Assistant administrateur principa	N7	145	6 525



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE  
SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT  
DIRECTION GENERALE DE LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTERE DES FINANCES  
DIRECTION GENERALE  
DU BUDGET

Instruction interministérielle du 27 février 2008 relative à la mise en œuvre du décret exécutif n°08-70 du  
26 février 2008 portant institution d'une indemnité forfaitaire compensatrice au profit de certains  
fonctionnaires et agents publics relevant des institutions et administrations publiques

Mesdames et Messieurs les membres du gouvernement  
Madame et Messieurs les Walis  
Mesdames et Messieurs les Chefs d'inspection  
de la fonction publique.  
Les Contrôleurs financiers et les Trésoriers

**Instructions interministérielle du 27 février 2008 relative à la mise en œuvre du décret exécutif n° 08-70 du 26 février 2008 portant institution d'une indemnité forfaitaire compensatrice au profit de certains fonctionnaires et agents publics relevant des institutions et administrations publiques.**

La présente instruction interministérielle a pour objet de fixer les modalités d'attribution de l'indemnité forfaitaire compensatrice (IFC) instituée par le décret exécutif n° 08-70 du 26 février 2008.

**1- Les Bénéficiaires :**

L'indemnité Forfaitaire compensatrice est servie :

1-1 Aux Fonctionnaires titulaires et stagiaires classées aux catégories 1 à 17 de la grille indiciaire des traitements prévue à l'article 2 du décret présidentiel n° 07-304 du 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération de fonctionnaires.

Les classifications devant être prises en compte sont :

- soit celles prévues par statut particulier des fonctionnaires relevant des corps communs aux institutions et administrations publiques et le statut particulier des ouvriers professionnels, conducteurs d'automobiles et appariteurs.

**Modalités d'attribution de l'indemnité forfaitaire compensatrice :**

L'indemnité forfaitaire compensatrice s'ajoute à la rémunération globale du fonctionnaire ou de l'agent contractuel calculée selon les modalités prévues par :

- l'instruction n° 7 du 29 décembre 2007 relative à la mise en œuvre du nouveau système de classification et de rémunération des fonctionnaires ;
- l'instruction n° 10 du 14 janvier 2008 relative à la mise en œuvre du nouveau dispositif de classification et de rémunération des agents contractuels.

S'agissant des fonctionnaires et agents contractuels concernés par le SNMG, il y a lieu d'ajouter au montant du SNMG (12000 DA), l'indemnité forfaitaire compensatrice ainsi que :

- le montant équivalent à l'avancement de deux échelons pour les fonctionnaires ;
- la bonification de l'indemnité d'expérience professionnelle de 10% pour les agents contractuels.

A titre d'exemple, la rémunération globale brute devant être servie à un fonctionnaire ou à un agent contractuel exerçant à temps plein, nouvellement recruté, classé à la catégorie 1 est déterminée comme suit :  
12000 (SNMG) + 900 (10% du traitement de base) + 3200 (IFC) = 16100 DA

Par ailleurs, il y a de souligner que le différentiel SNMG continue à être calculé conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle du 27 décembre 2006 relative à la mise en œuvre du salaire national minimum garanti.

Dans ce cas la rémunération à prendre en compte pour la détermination du différentiel SNMG doit être calculé, selon le cas conformément aux dispositions des instructions n° 7 du 29 décembre 2007 et n° 10 du 14 janvier 2008 sus citées ;

- soit celles prévues à l'annexe du décret exécutif n°08-60 du 23 février 2008 portant mesures transitoires d'application du décret présidentiel n° 07-304 du 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires, en attendant l'adoption des statuts particuliers pour les autres corps de fonctionnaires.

**1.2- Aux agents contractuels classés dans l'une des grilles ci-après :**

- la grille des emplois fixée à l'article 45 du décret présidentiel n°07-308 du 29 septembre 2007 fixant les modalités de recrutement des agents contractuels , leurs droits et obligations , les éléments constitutifs de leur rémunération , les règles relatives à leurs gestion ainsi que le régime disciplinaire qui leur est applicable ;
- la grille indiciaire des traitements fixée par le décret présidentiel n° 07-304 du 29 septembre 2007 précité.

**2- Montants de l'indemnité forfaitaire compensatrice :**

L'indemnité forfaitaire compensatrice est attribuée mensuellement conformément aux tableaux ci-après :

1. Pour les fonctionnaires et agents contractuels classés dans la grille indiciaire prévue par le décret présidentiel n°07-304 du 29 septembre 2007 précité.

Catégories	Montant (DA)
1 à 6	3200
7 et 8	2500
9 et 10	2000
11 à 17	1500

2. pour les agents contractuels classés dans la grille indiciaire prévue par le décret présidentiel n° 07-308 du 29 septembre 2007

Catégories	Montant (DA)
1 à 6	3200
7	2500

**Modalités de paiement :**

Les rappels découlant de l'attribution de l'IFC, au titre des mois de janvier, février et mars 2008, doivent être servis au courant du mois de mars 2008.

En attendant la production des états matrices initiaux ou le cas échéant modificatifs, les mandatements des rémunérations des fonctionnaires des institutions et administrations publiques, sont effectués sous la responsabilité des ordonnateurs.

Les rémunérations, ainsi que les rappels seront liquidés par les ordonnateurs et réglés accompagnés des états de paiements dûment signés par l'ordonnateur.

Les rectifications éventuelles interviendront ultérieurement sur la base des états matrices.

Les services du Ministère des finances et ceux de la Direction Générale de la Fonction Publique restent à la disposition des institutions et administrations publiques pour apporter toute précision à ce sujet.

Vous voudrez bien prendre toutes les dispositions utiles en vue d'assurer une bonne application de la présente instruction et nous faire part de toute difficulté auquel pourrait donner lieu sa mise en œuvre.

**Pour le Secrétaire Général du Gouvernement  
Le Directeur Général de la Fonction Publique**

**le Ministre des finances**

**Arrêté du 16 Rajab 1429 correspondant au 19 juillet 2008 fixant la composition, les modalités de désignation des membres de la commission paritaire consultative de discipline des agents contractuels et son fonctionnement.**

Le Secrétaire général du Gouvernement,

Vu le décret présidentiel n° 07-308 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités de recrutement des agents contractuels, leurs droits et obligations, les éléments constitutifs de leur rémunération, les règles relatives à leur gestion ainsi que le régime disciplinaire qui leur est applicable, notamment ses articles 64, 65 et 66 ;

Vu le décret exécutif n° 03-190 du 26 Safar 1424 correspondant au 28 avril 2003 fixant les attributions du directeur général de la fonction publique ;

Vu le décret présidentiel du 7 Rabie Ethani 1423 correspondant au 18 juin 2002 portant nomination du Secrétaire général du Gouvernement ;

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions des articles 64, 65 et 66 du décret présidentiel n° 07-308 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer la composition, les modalités de désignation des membres de la commission paritaire consultative de discipline des agents contractuels et son fonctionnement.

**Article 2 :** Il est institué auprès des administrations centrales, des services déconcentrés en dépendant, des collectivités territoriales, des établissements publics à caractère administratif, des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, des établissements publics à caractère scientifique et technologique, une commission paritaire consultative de discipline, compétente à l'égard des agents contractuels.

**Article 3 :** La commission paritaire consultative de discipline prévue à l'article 2 ci-dessus, comprend, en nombre égal, des représentants de l'administration et des représentants des agents contractuels.

A ce titre, elle est composée de :

- trois (3) membres titulaires au titre des représentants de l'administration et d'un nombre égal de membres suppléants ;
- trois (3) membres titulaires au titre des représentants des agents contractuels et d'un nombre égal de membres suppléants.

Le président de la commission paritaire consultative de discipline est désigné par l'autorité administrative compétente parmi les membres titulaires représentants de l'administration.

**Article 4 :** Un membre suppléant ne peut siéger à la commission paritaire consultative de discipline que s'il est appelé à remplacer un membre permanent.

**Article 5 :** Les membres de la commission paritaire consultative de discipline sont désignés par décision de l'autorité administrative compétente pour un mandat d'une (1) année.

Un membre sortant de la commission paritaire consultative de discipline peut être désigné pour un nouveau mandat.

**Article 6 :** La commission paritaire consultative de discipline est présidée par l'autorité administrative auprès de laquelle elle est placée. Elle se réunit sur convocation de son président.

**Article 7 :** La commission paritaire consultative de discipline élabore son règlement intérieur. Celui-ci est soumis à l'approbation de l'autorité administrative compétente.

**Article 8 :** Le secrétariat de la commission est assuré par un membre représentant de l'administration, au sein de la commission paritaire consultative de discipline.

Un procès-verbal est établi après chaque séance.

**Article 9 :** Dans le cas où le quorum n'est pas atteint à la première réunion de la commission paritaire consultative de discipline, celle-ci se réunit une deuxième fois dans les deux (2) jours qui suivent, et ce, quel que soit le nombre des membres présents.

**Article 10 :** S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret.

La voix du président de la commission est prépondérante en cas de partage des voix.

**Article 11 :** La commission paritaire consultative de discipline doit émettre un avis sur la sanction proposée après l'audition de l'agent fautif, et ce, sur la base d'un rapport circonstancié de l'autorité administrative compétente, dans un délai de quinze (15) jours à compter de sa saisine.

**Article 12 :** En attendant la traduction de l'agent fautif devant la commission paritaire consultative de discipline, une mesure conservatoire de suspension peut être prononcée par décision de l'autorité administrative compétente dès constatation de la faute.

**Article 13 :** En cas de faute professionnelle grave commise par un agent contractuel dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses activités, pouvant entraîner la résiliation de son contrat, en application des dispositions de l'article 64 du décret présidentiel n° 07-308 du 29 septembre 2007, susvisé, sans préjudice, le cas échéant, de poursuites pénales, l'agent contractuel est traduit par l'autorité administrative compétente, devant la commission paritaire consultative de discipline, dans un délai n'excédant pas vingt (20) jours à compter de la constatation de la faute.

**Article 14 :** L'autorité administrative compétente établit un rapport circonstancié qu'elle adresse à la commission paritaire consultative de discipline.

**Article 15 :** Tout agent contractuel à l'encontre duquel est engagée une procédure disciplinaire a droit à la notification des griefs formulés à son encontre et à la communication de l'intégralité de son dossier disciplinaire, dans un délai de sept (7) jours à compter du déclenchement de l'action disciplinaire.

**Article 16 :** L'agent contractuel fautif peut présenter à la commission paritaire consultative de discipline des observations écrites ou verbales et citer des témoins.

**Article 17 :** L'agent contractuel traduit devant la commission paritaire consultative de discipline, est tenu, sauf cas de force majeure dûment motivé, de comparaître en personne.

**Article 18 :** La date de comparution de l'agent contractuel devant la commission lui est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins quinze (15) jours à l'avance.

Il peut se faire assister par un défenseur habilité de son choix.

**Article 19 :** En cas d'absence de l'agent contractuel fautif, sans motif valable dûment justifié, l'action disciplinaire suit son cours.

**Article 20 :** L'autorité administrative compétente est tenue de notifier à l'agent fautif, la décision de sanction prise à son encontre dans les trois (3) jours qui suivent sa comparution devant la commission paritaire consultative de discipline.

**Article 21 :** Les membres de la commission paritaire consultative de discipline sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle pour tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.

Tout manquement à cette obligation constitue une faute grave et peut entraîner leur exclusion de la commission, sans préjudice de sanctions disciplinaires qu'ils peuvent encourir conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 22 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 16 Rajab 1429 correspondant au 19 juillet 2008.

Pour le Secrétaire Général du Gouvernement et par délégation  
Le directeur général de la fonction publique  
Djamel KHARCHI.

- Décret exécutif n° 08-04 du 11 Moharram 1429 correspondant au 19 janvier 2008 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques.
- Décret exécutif n° 08-05 du 11 Moharram 1429 correspondant au 19 janvier 2008 portant statut particulier des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des appariteurs.
- Décret exécutif n° 08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire.
- Décret exécutif n° 08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur.
- Décret exécutif n° 08-131 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier du chercheur permanent.
- Décret exécutif n° 09-199 du 29 Joumada El Oula 1430 correspondant au 24 mai 2009 définissant les activités de santé de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire et fixant les modalités de rétribution y afférentes.
- Décret exécutif n° 09-259 du 20 Chaâbane 1430 correspondant au 11 août 2009 fixant les modalités de nomination au titre de professeur hospitalo-universitaire émérite, de professeur émérite et de directeur de recherche émérite.
- Décret exécutif n° 09-393 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique.
- Décret exécutif n° 09-394 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique.
- Décret exécutif n° 09-240 du 29 Rajab 1430 correspondant au 22 juillet 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des psychologues de santé publique.
- Décret exécutif n° 09-161 du 7 Joumada El Oula 1430 correspondant au 2 mai 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des administrateurs des services de santé.

**Décret exécutif n° 08-04 du 11 Moharram 1429 correspondant au 19 janvier 2008 portant  
statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps communs aux institutions et  
administrations publiques.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85- 4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique notamment ses articles 3 et 11 ;

Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;

Vu le décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;

Vu le décret exécutif n° 89-224 du 5 décembre 1989, modifié et complété, portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques ;

Vu le décret exécutif n° 06-419 du Aouel Dhou El Kaada 1427 correspondant au 22 novembre 2006, portant organisation et fonctionnement de l'école nationale d'administration ;

**Décrète :**

TITRE I

**DISPOSITIONS GENERALES**

Chapitre I

**Champ d'application**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions des articles 3 et 11 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux fonctionnaires appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques et de fixer la nomenclature des filières y afférente ainsi que les conditions d'accès aux divers grades et emplois correspondants.

**Article 2** : Les fonctionnaires appartenant aux corps communs sont en position d'activité au sein des institutions publiques, des administrations centrales de l'Etat, des services déconcentrés en dépendant, des établissements publics à caractère administratif, des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, des établissements publics à caractère scientifique et technologique et tout établissement public dont les personnels peuvent être soumis aux dispositions du statut général de la fonction publique.

**Article 3** : Sont considérés comme corps communs aux institutions et administrations publiques, les corps appartenant aux filières suivantes :

- administration générale ;
- traduction-interprétariat ;
- informatique ;
- statistiques ;
- documentation et archives.

Chapitre II

**Recrutement, stage, titularisation, promotion et avancement**

Section 1

**Recrutement et promotion**

**Article 4** : Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont recrutés et promus selon les conditions et les proportions prévues ci-dessous.

Les proportions applicables aux différents modes de promotion peuvent être modifiées sur proposition du ministre ou de l'autorité concernés, après avis de la commission administrative paritaire compétente, par décision de l'autorité chargée de la fonction publique. Toutefois, ces modifications ne doivent pas excéder la moitié des taux fixés pour les modes de promotion par voie d'examen professionnel et d'inscription sur liste d'aptitude, sans que ces taux ne dépassent le plafond de 50% des postes à pourvoir.

Section 2

**Stage, titularisation et avancement**

**Article 5** : En application des articles 83 et 84 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les candidats recrutés dans les corps et grades régis par le présent statut particulier sont nommés en qualité de stagiaires par arrêté ou décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Ils sont astreints à l'accomplissement d'un stage probatoire d'une durée d'une année.

**Article 6** : A l'issue de la période de stage, les stagiaires sont soit titularisés, soit astreints à une prorogation de stage une seule fois pour la même durée, soit licenciés sans préavis ni indemnité.

**Article 7** : Les rythmes d'avancement applicables aux fonctionnaires appartenant aux corps communs sont fixés selon les trois durées prévues à l'article 11 du décret présidentiel n° 07-304 du 29 septembre 2007, susvisé.

Chapitre III

**Positions statutaires**

**Article 8** : En application de l'article 127 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les proportions maximales de fonctionnaires régis par le présent statut particulier susceptibles d'être placés sur leur demande, dans une position statutaire de détachement, hors-cadre ou de mise en disponibilité sont fixées, pour chaque corps et chaque institution ou administration publique, comme suit :

- détachement : 10%
- hors- cadre : 5%
- mise en disponibilité : 10%

Chapitre IV

**Dispositions générales d'intégration**

**Article 9** : Les fonctionnaires appartenant aux corps et grades prévus par le décret exécutif n°89-224 du 5 décembre 1989, susvisé, sont intégrés, titularisés et reclassés, à la date d'effet du présent décret, dans les corps et grades correspondants, prévus par le présent statut.

**Article 10** : Les fonctionnaires visés à l'article 9 ci-dessus sont rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détiennent dans leur grade d'origine. Le reliquat d'ancienneté acquis dans le grade d'origine est pris en compte pour l'avancement dans le grade d'accueil.

**Article 11** : Les stagiaires nommés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont intégrés en qualité de stagiaires et titularisés après accomplissement de la période d'essai prévue par le décret exécutif n° 89-224 du 5 décembre 1989, susvisé.

**Article 12 :** A titre transitoire et pendant une durée de cinq (5) années à compter de la date d'effet du présent décret, l'ancienneté exigée pour la promotion à un grade ou la nomination dans un poste supérieur, des fonctionnaires intégrés dans des grades autres que ceux correspondant aux grades précédemment créés par le décret exécutif n° 89-224 du 5 décembre 1989, susvisé, est appréciée cumulativement au titre du grade d'origine et du grade d'intégration.

## TITRE II DISPOSITIONS APPLICABLES A LA FILIERE « ADMINISTRATION GENERALE »

**Article 13 :** La filière « administration générale » comprend les corps suivants :

- les administrateurs ;
- les attachés d'administration ;
- les agents d'administration ;
- les secrétaires ;
- les comptables administratifs.

### Chapitre I Le corps des administrateurs

**Article 14 :** Le corps des administrateurs regroupe trois (3) grades :

- le grade d'administrateur ;
- le grade d'administrateur principal ;
- le grade d'administrateur conseiller.

### Section 1 Définition des tâches

**Article 15 :** Les administrateurs exercent dans leur domaine de compétence respectif, des activités d'étude, de contrôle et d'évaluation.

A ce titre, ils assurent le traitement de toutes les questions relevant de leurs attributions et veillent à l'application des lois et règlements en la matière.

Ils sont chargés en outre d'initier toutes mesures destinées à améliorer la gestion afférente à leur domaine d'intervention.

**Article 16 :** Les administrateurs principaux exercent dans leur domaine de compétence respectif, des activités de conception et de normalisation juridique.

A ce titre, ils impulsent le processus d'aide à la décision par l'élaboration d'études et de rapports portant sur des questions spécifiques.

Ils préparent en outre les dispositifs juridiques à caractère général ou particulier, notamment les avant-projets de lois ainsi que les projets de textes réglementaires et tous autres instruments normatifs y afférents.

**Article 17 :** Les administrateurs conseillers exercent dans leur domaine de compétence respectif, des activités d'orientation et de régulation, de prévision et de prospective.

A ce titre, ils participent à l'élaboration des politiques publiques et procèdent à l'évaluation de leur mise en oeuvre aux plans des résultats et des impacts.

Ils ont en outre vocation à mener toutes études ou analyses nécessitant une compétence polyvalente en matière de gestion publique.

### Section 2 Conditions de recrutement et de promotion

**Article 18 :** Sont recrutés ou promus en qualité d'administrateur :

- 1) sur titre, les diplômés de l'école nationale d'administration ayant accompli leur cursus sous le régime du décret n° 66-306 du 4 octobre 1966 relatif au fonctionnement de l'école nationale d'administration ;
- 2) par voie de concours sur épreuves, les titulaires d'une licence d'enseignement supérieur ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 3) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les attachés principaux d'administration justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 4) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les attachés principaux d'administration justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 3) et 4) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 19 :** Sont promus sur titre en qualité d'administrateur, les attachés principaux d'administration titulaires et les comptables administratifs principaux titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, une licence d'enseignement supérieur ou un titre reconnu équivalent.

**Article 20 :** Sont recrutés ou promus en qualité d'administrateur principal :

- 1) sur titre, les diplômés de l'école nationale d'administration ayant accompli leur cursus sous le régime du décret exécutif n° 06-419 du 22 novembre 2006, susvisé ;
- 2) par voie de concours sur épreuves, les titulaires d'un magister ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 3) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les administrateurs justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 4) au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les administrateurs justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 21 :** Sont promus sur titre en qualité d'administrateur principal, les administrateurs titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le magister ou un titre reconnu équivalent.

**Article 22 :** Sont promus en qualité d'administrateur conseiller :

- 1) par voie d'examen professionnel, les administrateurs principaux justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les administrateurs principaux justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 23 :** La liste des diplômés requis par spécialité, pour l'accès aux grades des administrateurs et des administrateurs principaux est fixée par décision de l'autorité chargée de la fonction publique.

### Section 3 Dispositions transitoires

**Article 24 :** Sont intégrés en qualité d'administrateur :

- les administrateurs titulaires et stagiaires ;
- sur leur demande, les analystes d'économie titulaires et stagiaires.

Sont intégrés et titularisés en qualité d'administrateur, à la date d'effet du présent décret, les assistants administratifs principaux titulaires justifiant d'une licence d'enseignement supérieur ou d'un titre reconnu équivalent.

Sont intégrés en qualité d'administrateur stagiaire, à la date d'effet du présent décret, les assistants administratifs principaux stagiaires justifiant d'une licence d'enseignement supérieur ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 25 :** Sont intégrés en qualité d'administrateur principal :



- les administrateurs principaux titulaires et stagiaires;
  - sur leur demande, les analystes principaux de l'économie titulaires et stagiaires.
- Article 26 :** Pour la constitution du grade, sont intégrés en qualité d'administrateur conseiller :
- les administrateurs principaux justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité ;
  - sur leur demande, les analystes principaux de l'économie justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité ;
  - sur leur demande, les analystes en chef de l'économie titulaires et stagiaires.

## Chapitre II

### Le corps des attachés d'administration

**Article 27 :** Le corps des attachés d'administration regroupe deux (2) grades :

- le grade d'attaché d'administration ;
- le grade d'attaché principal d'administration.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 28 :** Les attachés d'administration sont chargés d'assurer l'instruction et le traitement de toutes les affaires administratives qui leur sont confiées. Ils préparent, mettent en oeuvre et veillent au respect des règles et procédures relatives aux décisions qui en découlent.

**Article 29 :** Outre les tâches dévolues aux attachés d'administration, les attachés principaux d'administration assurent l'encadrement, l'animation et la coordination dans le traitement des affaires administratives liées à leur domaine d'activité.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 30 :** Sont recrutés ou promus en qualité d'attaché d'administration :

1) par voie de concours sur épreuves, les titulaires du baccalauréat ayant accompli avec succès deux (2) années d'enseignement ou de formation supérieures dans une des spécialités dont la liste est fixée par décision de l'autorité chargée de la fonction publique ; Les candidats recrutés sont astreints, durant la période de stage, à une formation préparatoire à l'occupation de l'emploi dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique ;

2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir les agents principaux d'administration justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

3) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les agents principaux d'administration justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 2) et 3) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 31 :** Sont recrutés ou promus en qualité d'attaché principal d'administration :

1) par voie de concours sur épreuves, les candidats justifiant d'un diplôme d'études universitaires appliquées ou d'un titre reconnu équivalent dans une des spécialités dont la liste est fixée par décision de l'autorité chargée de la fonction publique ;

2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les attachés d'administration justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

3) au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les attachés d'administration justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 32 :** Sont promus sur titre en qualité d'attaché principal d'administration, les attachés d'administration titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, un diplôme d'études universitaires appliquées ou un titre reconnu équivalent dans l'une des spécialités fixées par la décision prévue à l'article 31 ci-dessus.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires

**Article 33 :** Sont intégrés dans le grade des attachés d'administration, les assistants administratifs titulaires et stagiaires.

**Article 34 :** Sans préjudice des dispositions de l'article 24 ci-dessus, sont intégrés dans le grade des attachés principaux d'administration, les assistants administratifs principaux titulaires et stagiaires.

## Chapitre III

### Le corps des agents d'administration

**Article 35 :** Le corps des agents d'administration regroupe trois (3) grades :

- le grade d'agent de bureau ;
- le grade d'agent d'administration ;
- le grade d'agent principal d'administration.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 36 :** Les agents de bureau assurent l'exécution des tâches ordinaires en rapport avec les activités courantes de l'administration.

**Article 37 :** Outre les tâches dévolues aux agents de bureau, les agents d'administration assurent le traitement de dossiers dans le cadre du fonctionnement normal et régulier des services administratifs.

**Article 38 :** Les agents d'administration principaux sont chargés de l'exécution de travaux administratifs et participent à la rédaction du courrier.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 39 :** Les agents de bureau sont recrutés par voie de concours sur épreuves, parmi les candidats justifiant de la 1<sup>ère</sup> année secondaire accomplie.

**Article 40 :** Sont recrutés ou promus en qualité d'agent d'administration :

1) par voie de concours sur épreuves, les candidats justifiant de la troisième année secondaire accomplie ;

2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les agents de bureau justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

3) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les agents de bureau justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 2) et 3) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 41 :** Sont recrutés ou promus en qualité d'agent principal d'administration :

1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou d'un titre reconnu équivalent ;

2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les agents d'administration justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;



3) au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les agents d'administration justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 42 :** Sont promus sur titre en qualité d'agent principal d'administration, les agents d'administration titulaires ayant obtenu après leur recrutement, le baccalauréat de l'enseignement secondaire ou un titre reconnu équivalent.

**Article 43 :** Les candidats recrutés conformément aux dispositions des articles 39, 40-1 et 41-1 ci-dessus, sont astreints, durant la période de stage, à une formation préparatoire à l'occupation de l'emploi dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires

**Article 44 :** Sont intégrés dans le grade d'agent de bureau, les agents de bureau titulaires et stagiaires.

**Article 45 :** Sont intégrés dans le grade d'agent d'administration, les agents administratifs titulaires et stagiaires.

**Article 46 :** Sont intégrés dans le grade d'agent principal d'administration, les adjoints administratifs titulaires et stagiaires.

#### Chapitre IV

##### Le corps des secrétaires

**Article 47 :** Le corps des secrétaires regroupe quatre (4) grades :

- le grade d'agent de saisie ;
- le grade de secrétaire ;
- le grade de secrétaire de direction ;
- le grade de secrétaire principal de direction.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 48 :** Les agents de saisie assurent dans le cadre de leurs activités administratives, la saisie sur micro-ordinateur de tous documents administratifs.

**Article 49 :** Les secrétaires sont chargés de la production, la communication et la conservation de documents administratifs en utilisant les applications de l'informatique au travail de secrétariat. Ils assurent en outre la transmission des communications téléphoniques ainsi que l'enregistrement et la diffusion du courrier.

**Article 50 :** Les secrétaires de direction sont chargés de l'encadrement des travaux de saisie et de la présentation des documents administratifs. Ils assurent en outre l'accueil téléphonique, la transmission des messages ainsi que l'organisation de l'ensemble des travaux de secrétariat.

**Article 51 :** Outre les tâches dévolues aux secrétaires de direction, les secrétaires principaux de direction sont chargés d'organiser et de préparer le planning des réunions. Ils utilisent en outre l'ensemble des logiciels dans l'exercice des activités de secrétariat.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 52 :** Les agents de saisie sont recrutés par voie de test professionnel, parmi les candidats titulaires d'un certificat d'aptitude professionnelle d'agent de saisie ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 53 :** Sont recrutés ou promus en qualité de secrétaire :

1) par voie de test professionnel, les candidats titulaires d'un certificat de maîtrise professionnelle en secrétariat ou d'un titre reconnu équivalent ;

2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les agents de saisie ayant cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

3) au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les agents de saisie justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 54 :** Sont promus sur titre en qualité de secrétaire, les agents de saisie titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, un certificat de maîtrise professionnelle dans la spécialité ou un titre reconnu équivalent.

**Article 55 :** Sont recrutés ou promus en qualité de secrétaire de direction :

1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires du diplôme de technicien en secrétariat ou d'un titre reconnu équivalent ;

2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les secrétaires justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

3) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les secrétaires justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 2) et 3) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 56 :** Sont promus sur titre en qualité de secrétaire de direction, les secrétaires titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le diplôme de technicien en secrétariat ou un titre reconnu équivalent.

**Article 57 :** Sont recrutés ou promus en qualité de secrétaire principal de direction :

1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un diplôme de technicien supérieur en secrétariat ou d'un titre reconnu équivalent ;

2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les secrétaires de direction justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

3) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les secrétaires de direction justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 2) et 3) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 58 :** Sont promus sur titre en qualité de secrétaire principal de direction, les secrétaires de direction titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le diplôme de technicien supérieur en secrétariat ou un titre reconnu équivalent.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires

**Article 59 :** Sont intégrés dans le grade d'agent de saisie :

- les agents dactylographes titulaires et stagiaires ;
- sur leur demande, les agents techniques en informatique titulaires et stagiaires.

**Article 60 :** Sont intégrés dans le grade de secrétaire, les secrétaires dactylographes titulaires et stagiaires.

**Article 61 :** Sont intégrés dans le grade de secrétaire de direction :

- les secrétaires de direction titulaires et stagiaires ;
- les secrétaires sténo-dactylographes titulaires et stagiaires.

**Article 62 :** Sont intégrés dans le grade de secrétaire principal de direction, les secrétaires principaux de direction titulaires et stagiaires.

#### Chapitre V

## **Le corps des comptables administratifs**

**Article 63 :** Le corps des comptables administratifs regroupe trois (3) grades :

- le grade d'aide-comptable administratif, mis en voie d'extinction ;
- le grade de comptable administratif ;
- le grade de comptable administratif principal.

### Section 1

#### **Définition des tâches**

**Article 64 :** Les aides-comptables administratifs sont chargés de la tenue des documents comptables. Ils établissent les fiches d'engagement et assurent la conservation et le classement des pièces afférentes à la gestion budgétaire.

**Article 65 :** Outre les tâches dévolues aux aides-comptables administratifs, les comptables administratifs sont chargés de préparer et d'enregistrer les différentes opérations budgétaires et comptables, de tenir les livres comptables et produire les états récapitulatifs périodiques conformément à la législation en vigueur.

**Article 66 :** Outre les tâches dévolues aux comptables administratifs, les comptables administratifs principaux sont chargés de la vérification, du contrôle ainsi que du suivi de toutes les opérations budgétaires et financières.

A ce titre, ils ont notamment pour tâches de :

- veiller au respect de la réglementation régissant les procédures et modalités d'exécution des dépenses publiques ;
- centraliser les informations budgétaires et comptables au titre d'un exercice budgétaire ;
- tenir le registre des engagements et mandatements des dépenses conformément à la réglementation ;
- préparer les situations de consommation des crédits budgétaires destinées aux organes de contrôle habilités.

Ils contribuent en outre à la préparation des projets de budgets.

### Section 2

#### **Conditions de recrutement et de promotion**

**Article 67 :** Sont recrutés ou promus en qualité de comptable administratif :

- 1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un diplôme de technicien dans la spécialité ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les aides-comptables administratifs justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les aides-comptables administratifs justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 2) et 3) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 68 :** Sont promus sur titre en qualité de comptable administratif, les aides-comptables administratifs titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le diplôme de technicien dans la spécialité ou un titre reconnu équivalent.

**Article 69 :** Sont recrutés ou promus en qualité de comptable administratif principal :

- 1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un diplôme d'études universitaires appliquées dans la spécialité ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les comptables administratifs justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les comptables administratifs justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 2) et 3) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 70 :** Sont promus sur titre en qualité de comptable administratif principal, les comptables administratifs titulaires ayant obtenu après leur recrutement, le diplôme d'études universitaires appliquées dans la spécialité ou un titre reconnu équivalent.

**Article 71 :** La liste des diplômes requis pour l'accès au corps des comptables administratifs est fixée par décision de l'autorité chargée de la fonction publique.

### Section 3

#### **Dispositions transitoires**

**Article 72 :** Sont intégrés dans le grade d'aide-comptable administratif, les aides-comptables administratifs titulaires et stagiaires.

**Article 73 :** Sont intégrés dans le grade de comptable administratif, les comptables administratifs titulaires et stagiaires.

**Article 74 :** Sont intégrés dans le grade de comptable administratif principal, les comptables administratifs principaux titulaires et stagiaires.

### TITRE III

#### **DISPOSITIONS APPLICABLES AUX POSTES**

##### **SUPERIEURS DE LA FILIERE**

##### **« ADMINISTRATION GENERALE »**

**Article 75 :** En application des dispositions de l'article 11 alinéa 1 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les postes supérieurs relevant de la filière « administration générale » sont fixés comme suit :

- chargé d'études et de projet de l'administration centrale ;
- attaché de cabinet de l'administration centrale ;
- assistant de cabinet ;
- chargé de l'accueil et de l'orientation.

**Article 76 :** Le nombre de postes supérieurs prévus à l'article 75 ci-dessus, est déterminé au titre de chaque institution ou administration publique par arrêté conjoint ou décision conjointe du ministre chargé des finances, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre ou de l'autorité concernés.

### Section 1

#### **Définition des tâches**

**Article 77 :** Le chargé d'études et de projet de l'administration centrale réalise toute étude particulière, établit des rapports d'analyse et de synthèse ou assure la conduite d'un projet dans le cadre de son domaine de compétence.

**Article 78 :** L'attaché de cabinet de l'administration centrale est chargé d'effectuer tous travaux d'études, de recherche ou de consultation dans le cadre des attributions relevant du cabinet.

**Article 79 :** L'assistant de cabinet est chargé de rédiger et de mettre en forme des documents en rapport avec son domaine de compétence. Il assure en outre le suivi de dossiers ponctuels.

**Article 80 :** Le chargé de l'accueil et de l'orientation est chargé d'assurer l'accueil et l'information du public. Il oriente les usagers vers les services compétents, propose toute mesure de nature à améliorer les conditions d'accueil. En outre, il supervise et coordonne l'activité des agents chargés de l'accueil et de l'orientation.

#### Section 2

##### Conditions de nomination

**Article 81 :** Les chargés d'études et de projet de l'administration centrale sont nommés parmi :

- 1) les fonctionnaires titulaires appartenant au moins au grade d'administrateur principal ou à un grade équivalent justifiant de trois (3) années d'ancienneté en qualité de fonctionnaire ;
- 2) les fonctionnaires appartenant au grade d'administrateur ou à un grade équivalent, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) les agents du secteur public justifiant d'une formation universitaire de quatre (4) années ou plus et d'une expérience professionnelle de dix (10) années au moins.

**Article 82 :** Les attachés de cabinet de l'administration centrale sont nommés parmi :

- 1) les fonctionnaires titulaires appartenant au moins au grade d'administrateur principal ou à un grade équivalent justifiant de trois (3) années d'ancienneté en qualité de fonctionnaire ;
- 2) les fonctionnaires appartenant au grade d'administrateur ou à un grade équivalent, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

**Article 83 :** Les assistants de cabinet sont nommés parmi :

- 1) les secrétaires principaux de direction et les fonctionnaires appartenant à un grade équivalent, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) les secrétaires de direction et les fonctionnaires appartenant à un grade équivalent, justifiant de huit (8) années de services effectifs en cette qualité.

**Article 84 :** Les chargés de l'accueil et de l'orientation sont nommés parmi :

- 1) les attachés principaux d'administration et les fonctionnaires appartenant à un grade équivalent, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) les attachés d'administration et les fonctionnaires appartenant à un grade équivalent, justifiant de huit (8) années de service effectif en cette qualité.

#### TITRE IV

##### DISPOSITIONS APPLICABLES A LA FILIERE

###### « TRADUCTION-INTERPRETARIAT »

**Article 85 :** La filière traduction-interprétariat comprend :

- le corps des traducteurs-interprètes.

#### Chapitre I

##### Le corps des traducteurs-interprètes

**Article 86 :** Le corps des traducteurs-interprètes regroupe trois (3) grades :

- le grade de traducteur-interprète ;
- le grade de traducteur-interprète principal ;
- le grade de traducteur-interprète en chef.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 87 :** Les traducteurs-interprètes sont chargés de traduire toute correspondance, texte ou ouvrage, et de manière générale tous documents qui leur sont confiés dans le cadre des activités de l'administration où ils exercent. Ils peuvent également être appelés à effectuer en cas de nécessité des tâches d'interprétariat courantes.

**Article 88 :** Outre les tâches confiées aux traducteurs-interprètes, les traducteurs-interprètes principaux sont chargés de tâches d'interprétariat lors de conférences, de colloques ou de congrès. Ils peuvent en outre coordonner l'activité de plusieurs traducteurs-interprètes.

**Article 89 :** Les traducteurs-interprètes en chef sont chargés d'encadrer les traducteurs-interprètes et les traducteurs-interprètes principaux et de superviser leurs travaux. Ils peuvent être appelés à effectuer des missions d'interprétariat lors de rencontres officielles ou à diriger un service d'interprétariat lors d'une conférence, d'un colloque ou d'un congrès.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 90 :** Les traducteurs-interprètes sont recrutés par voie de concours sur épreuves, parmi les candidats titulaires d'une licence d'enseignement supérieur en traduction-interprétariat ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 91 :** Sont recrutés ou promus en qualité de traducteur-interprète principal :

- 1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un magister en interprétariat ou en traduction ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les traducteurs-interprètes justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les traducteurs-interprètes justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 92 :** Sont promus sur titre en qualité de traducteur interprète principal, les traducteurs-interprètes titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le magister en interprétariat ou en traduction ou un titre reconnu équivalent.

**Article 93 :** Sont promus en qualité de traducteur-interprète en chef :

- 1) par voie d'examen professionnel, les traducteurs-interprètes principaux justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les traducteurs-interprètes principaux justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires

**Article 94 :** Sont intégrés dans le grade de traducteur-interprète, les traducteurs-interprètes titulaires et stagiaires.

**Article 95 :** Sont intégrés dans le grade de traducteur-interprète principal, les traducteurs-interprètes principaux titulaires et stagiaires.

**Article 96 :** Sont intégrés dans le grade des traducteurs-interprètes en chef, les traducteurs-interprètes en chef titulaires et stagiaires.

#### TITRE V

##### DISPOSITIONS APPLICABLES AUX POSTES

###### SUPERIEURS DE LA FILIERE

###### « TRADUCTION-INTERPRETARIAT »

**Article 97 :** En application des dispositions de l'article 11 (alinéa 1) de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la filière « traduction-interprétariat » comprend le poste supérieur de chargé de programmes de traduction-interprétariat.

**Article 98 :** Le nombre de postes supérieurs visés à l'article 97 ci-dessus est déterminé au titre de chaque institution ou administration publique par arrêté conjoint ou décision conjointe du ministre chargé des finances, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre ou de l'autorité concernés.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 99 :** Le chargé de programmes de traduction-interprétariat assure la conduite et la coordination d'un ensemble d'actions de traduction-interprétariat.

#### Section 2

##### Conditions de nomination

**Article 100 :** Le chargé de programmes de traduction-interprétariat est nommé parmi :

- 1) les fonctionnaires titulaires appartenant au moins au grade de traducteur-interprète principal justifiant de trois (3) années d'ancienneté en qualité de fonctionnaire ;
- 2) les fonctionnaires appartenant au grade de traducteur-interprète, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

#### TITRE VI

### DISPOSITIONS APPLICABLES A LA FILIERE

#### « INFORMATIQUE »

**Article 101 :** La filière informatique comprend les corps suivants :

- les ingénieurs ;
- les techniciens ;
- les adjoints techniques ;
- les agents techniques.

#### Chapitre I

##### Le corps des ingénieurs en informatique

**Article 102 :** Le corps des ingénieurs en informatique regroupe quatre (4) grades :

- le grade d'ingénieur d'application, mis en voie d'extinction ;
- le grade d'ingénieur d'Etat ;
- le grade d'ingénieur principal ;
- le grade d'ingénieur en chef.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 103 :** Les ingénieurs d'application en informatique sont chargés d'élaborer et de mettre au point les procédures techniques de traitement de l'information, d'analyser les besoins des utilisateurs et de concevoir une architecture de systèmes de traitement de l'information.

En outre, ils mettent en oeuvre et tiennent à jour les systèmes d'exploitation.

**Article 104 :** Les ingénieurs d'Etat en informatique sont chargés de mettre en oeuvre et/ou de participer à tout projet de conception, d'analyse et de développement des programmes informatiques. Ils assurent en outre l'administration et la maintenance des systèmes d'information ainsi que la mise en place des bases de données et leur système de gestion.

**Article 105 :** Outre les tâches dévolues aux ingénieurs d'Etat, les ingénieurs principaux en informatique sont chargés d'effectuer des travaux de conception des systèmes de traitement de l'information et de proposer les méthodes et les techniques nécessaires à leur mise au point. Ils peuvent être appelés à effectuer des consultations et/ou des expertises et de piloter des équipes chargées de projets de développement de systèmes informatiques.

**Article 106 :** Outre les tâches dévolues aux ingénieurs principaux, les ingénieurs en chef en informatique sont chargés de conduire des projets informatiques d'envergure, de définir, d'organiser, de coordonner et de contrôler l'ensemble des tâches qui sont nécessaires jusqu'à leur achèvement. Ils peuvent être appelés à effectuer des consultations, des audits informatiques et des conseils concernant la stratégie de développement informatique de l'administration concernée en termes d'objectifs, de choix de logiciels et des équipements.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 107 :** Sont recrutés ou promus en qualité d'ingénieur d'Etat en informatique :

- 1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un diplôme d'ingénieur d'Etat en informatique ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les ingénieurs d'application en informatique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

**Article 108 :** Sont promus sur titre en qualité d'ingénieur d'Etat en informatique, les ingénieurs d'application en informatique titulaires et les techniciens supérieurs en informatique titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le diplôme d'ingénieur d'Etat en informatique ou un titre reconnu équivalent.

**Article 109 :** Sont recrutés ou promus en qualité d'ingénieur principal en informatique :

- 1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un magister en informatique ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les ingénieurs d'Etat en informatique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les ingénieurs d'Etat en informatique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 110 :** Sont promus sur titre en qualité d'ingénieur principal en informatique, les ingénieurs d'Etat en informatique titulaires ayant obtenu après leur recrutement, le magister en informatique ou un titre reconnu équivalent.

**Article 111 :** Sont promus en qualité d'ingénieur en chef en informatique :

- 1) par voie d'examen professionnel, les ingénieurs principaux en informatique justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les ingénieurs principaux en informatique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires

**Article 112 :** Sont intégrés dans le grade d'ingénieur d'application en informatique, les ingénieurs d'application en informatique titulaires et stagiaires.

**Article 113 :** Sont intégrés dans le grade d'ingénieur d'Etat en informatique, les ingénieurs d'Etat en informatique titulaires et stagiaires.

**Article 114** : Sont intégrés dans le grade d'ingénieur principal en informatique, les ingénieurs principaux en informatique titulaires et stagiaires.

**Article 115** : Sont intégrés dans le grade des ingénieurs en chef de l'informatique, les ingénieurs en chef en informatique titulaires et stagiaires.

## Chapitre 2

### Le corps des techniciens en informatique

**Article 116** : Le corps des techniciens en informatique regroupe deux (2) grades :

- le grade de technicien ;
- le grade de technicien supérieur.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 117** : Les techniciens en informatique sont chargés de traduire dans un système informatique les données destinées à être traitées et d'établir les états de sorties. Ils peuvent être chargés de l'installation de systèmes d'exploitation monopostes et des logiciels correspondants ainsi que de la configuration des périphériques et des moyens de stockage informatiques.

**Article 118** : Outre les tâches dévolues aux techniciens en informatique, les techniciens supérieurs en informatique sont chargés de l'analyse organique et du codage dans un langage approprié des traitements destinés aux applications informatiques.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 119** : Sont recrutés ou promus en qualité de technicien en informatique :

1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires du diplôme de technicien en informatique ou d'un titre reconnu équivalent ;

2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30 % des postes à pourvoir, les adjoints techniques en informatique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

3) au choix, dans la limite de 10%, des postes à pourvoir, les adjoints techniques en informatique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 120** : Sont promus sur titre, en qualité de technicien en informatique, les adjoints techniques en informatique titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le diplôme de technicien en informatique ou un titre reconnu équivalent.

**Article 121** : Sont recrutés ou promus en qualité de technicien supérieur en informatique :

1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires du diplôme de technicien supérieur en informatique ou d'un titre reconnu équivalent ;

2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir les techniciens en informatique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

3) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les techniciens en informatique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 2) et 3) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 122** : Sont promus sur titre, en qualité de technicien supérieur en informatique, les techniciens en informatique titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le diplôme de technicien supérieur en informatique ou un titre reconnu équivalent.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires

**Article 123** : Sont intégrés dans le grade de technicien en informatique, les techniciens en informatique titulaires et stagiaires.

**Article 124** : Sont intégrés dans le grade de technicien supérieur en informatique, les techniciens supérieurs en informatique titulaires et stagiaires.

## Chapitre III

### Le corps des adjoints techniques en informatique

**Article 125** : Le corps des adjoints techniques en informatique est mis en voie d'extinction.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 126** : Les adjoints techniques en informatique assistent les techniciens en informatique dans leurs tâches.

A ce titre, ils sont chargés de l'introduction des données destinées à être traitées dans un système informatique et/ou de base de données et d'utiliser des logiciels applicatifs.

#### Section 2

##### Conditions de promotion

**Article 127** : Sont promus en qualité d'adjoint technique en informatique :

1) par voie d'examen professionnel, les agents techniques en informatique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

2) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les agents techniques en informatique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 1) et 2) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires

**Article 128** : Sont intégrés dans le grade d'adjoint technique en informatique, les adjoints techniques en informatique titulaires et stagiaires.

## Chapitre IV

### Le corps des agents techniques en informatique

**Article 129** : Le corps des agents techniques en informatique est mis en voie d'extinction.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 130** : Les agents techniques en informatique sont chargés de l'écriture et de la mise au point dans un langage approprié, des instructions nécessaires à la mise en oeuvre des ensembles électroniques de l'information.

Ils peuvent également être chargés de la conduite au pupitre d'un ensemble électronique et de toutes opérations permettant la mise en marche des machines.

#### Section 2

##### Dispositions transitoires



**Article 131** : Sont intégrés dans le grade d'agent technique en informatique, les agents techniques en informatique titulaires et stagiaires.

TITRE VII  
**DISPOSITIONS APPLICABLES AUX POSTES  
SUPERIEURS DE LA FILIERE  
« INFORMATIQUE »**

**Article 132** : En application des dispositions de l'article 11 (alinéa 1) de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée, la liste des postes supérieurs relevant de la filière « informatique » est fixée comme suit :

- responsable de bases de données ;
- responsable de réseau ;
- responsable de systèmes informatiques.

**Article 133** : Le nombre de postes supérieurs visés à l'article 132 ci-dessus est déterminé au titre de chaque institution ou administration publique par arrêté conjoint ou décision conjointe du ministre chargé des finances, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre ou de l'autorité concernés.

Section 1

**Définition des tâches**

**Article 134** : Le responsable de bases de données participe à la modélisation, la codification et la conception du système d'organisation de l'information. Il assure en outre l'optimisation et la cohérence entre les diverses bases de données.

**Article 135** : Le responsable de réseau est chargé de veiller à la continuité du système de transmission des informations conformément à son architecture technique.

Il contrôle en outre les performances, la disponibilité des ressources, la sécurité ainsi que les conditions d'exploitation, de maintenance et d'accès.

**Article 136** : Le responsable de systèmes informatiques est chargé de la conception et de la configuration de logiciels de base en vue du développement d'applications.

Il assure en outre la cohérence de plusieurs logiciels ou progiciels, ainsi que le contrôle des conditions d'exploitation.

Section 2

**Conditions de nomination**

**Article 137** : Les responsables de bases de données sont nommés parmi :

- 1) les fonctionnaires titulaires appartenant au moins au grade d'ingénieur principal en informatique ;
- 2) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'Etat en informatique, justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'application en informatique, justifiant de huit (8) années de service effectif en cette qualité.

**Article 138** : Les responsables de réseau sont nommés parmi :

- 1) les fonctionnaires titulaires appartenant au moins au grade d'ingénieur principal en informatique ;
- 2) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'Etat en informatique, justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'application en informatique, justifiant de huit (8) années de service effectif en cette qualité.

**Article 139** : Les responsables de systèmes informatiques sont nommés parmi :

- 1) les fonctionnaires titulaires appartenant au moins au grade d'ingénieur principal en informatique ;
- 2) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'Etat en informatique, justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'application en informatique, justifiant de huit (8) années de service effectif en cette qualité.

TITRE VIII  
**DISPOSITIONS APPLICABLES A LA FILIERE  
« STATISTIQUES »**

**Article 140** : La filière « statistiques » comprend les corps suivants :

- les ingénieurs ;
- les techniciens ;
- les adjoints techniques ;
- les agents techniques.

Chapitre I

**Le corps des ingénieurs statisticiens**

**Article 141** : Le corps des ingénieurs statisticiens regroupe quatre (4) grades :

- le grade d'ingénieur d'application, mis en voie d'extinction ;
- le grade d'ingénieur d'Etat ;
- le grade d'ingénieur principal ;
- le grade d'ingénieur en chef.

Section 1

**Définition des tâches**

**Article 142** : Les ingénieurs d'application en statistiques sont chargés de réaliser les calculs statistiques et d'en faire l'analyse, le cas échéant.

**Article 143** : Les ingénieurs d'Etat en statistiques sont chargés de l'élaboration et la mise en oeuvre de travaux statistiques. Ils mènent en outre des études dans le domaine de la statistique.

**Article 144** : Outre les tâches dévolues aux ingénieurs d'Etat, les ingénieurs principaux en statistiques sont chargés de définir les paramètres nécessaires à la conceptualisation de données et informations en rapport avec leur domaine d'activité.

**Article 145** : Outre les tâches dévolues aux ingénieurs principaux, les ingénieurs en chef sont chargés de mener des études prospectives, d'élaborer des modèles mathématiques dans le cadre d'études de projets ainsi que d'encadrer et de coordonner toutes activités y afférentes.

Section 2

**Conditions de recrutement et de promotion**

**Article 146** : Sont recrutés ou promus en qualité d'ingénieur d'Etat en statistiques :

- 1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un diplôme d'ingénieur d'Etat en statistiques ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les ingénieurs d'application en statistiques justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

**Article 147** : Sont promus sur titre en qualité d'ingénieur d'Etat en statistiques, les ingénieurs d'application en statistiques titulaires et les techniciens supérieurs en statistiques titulaires ayant obtenu après leur recrutement, le diplôme d'ingénieur d'Etat en statistiques ou un titre reconnu équivalent.

**Article 148** : Sont recrutés ou promus en qualité d'ingénieur principal en statistiques :

- 1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un magister en statistiques ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les ingénieurs d'Etat en statistiques justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les ingénieurs d'Etat en statistiques justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 149** : Sont promus sur titre en qualité d'ingénieur principal en statistiques, les ingénieurs d'Etat en statistiques titulaires ayant obtenu après leur recrutement, le magister en statistiques ou un titre reconnu équivalent.

**Article 150** : Sont promus en qualité d'ingénieur en chef en statistiques :

- 1) par voie d'examen professionnel, les ingénieurs principaux en statistiques justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les ingénieurs principaux en statistiques justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires

**Article 151** : Sont intégrés dans le grade d'ingénieur d'application en statistiques, les ingénieurs d'application en statistiques titulaires et stagiaires.

**Article 152** : Sont intégrés dans le grade d'ingénieur d'Etat en statistiques, les ingénieurs d'Etat en statistiques titulaires et stagiaires.

**Article 153** : Sont intégrés dans le grade d'ingénieur principal en statistiques, les ingénieurs principaux en statistiques titulaires et stagiaires.

**Article 154** : Sont intégrés dans le grade d'ingénieur en chef en statistiques, les ingénieurs en chef en statistiques titulaires et stagiaires.

#### Chapitre II

##### Corps des techniciens en statistiques

**Article 155** : Le corps des techniciens en statistiques regroupe deux (2) grades :

- le grade de technicien ;
- le grade de technicien supérieur.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 156** : Les techniciens en statistiques sont chargés d'assurer diverses tâches d'application en rapport avec l'activité statistique.

**Article 157** : Les techniciens supérieurs en statistiques sont chargés d'assister les ingénieurs dans l'exploitation des données statistiques.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 158** : Sont recrutés ou promus en qualité de technicien en statistiques :

- 1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires du diplôme de technicien en statistiques ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les adjoints techniques en statistiques justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les adjoints techniques en statistiques justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 159** : Sont promus sur titre, en qualité de technicien en statistiques, les adjoints techniques en statistiques titulaires ayant obtenu après leur recrutement, le diplôme de technicien en statistiques ou un titre reconnu équivalent.

**Article 160** : Sont recrutés ou promus en qualité de technicien supérieur en statistiques :

- 1) par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires du diplôme de technicien supérieur en statistiques ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les techniciens en statistiques justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les techniciens en statistiques justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 2) et 3) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 161** : Sont promus sur titre, en qualité de technicien supérieur en statistiques, les techniciens en statistiques titulaires ayant obtenu après leur recrutement, le diplôme de technicien supérieur en statistiques ou un titre reconnu équivalent.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires

**Article 162** : Sont intégrés dans le grade de technicien en statistiques, les techniciens en statistiques titulaires et stagiaires.

**Article 163** : Sont intégrés dans le grade de technicien supérieur en statistiques, les techniciens supérieurs en statistiques titulaires et stagiaires.

#### Chapitre III

##### Le corps des adjoints techniques en statistiques

**Article 164** : Le corps des adjoints techniques en statistiques est mis en voie d'extinction.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 165** : Les adjoints techniques en statistiques sont chargés d'assister dans leurs tâches les techniciens en statistiques et de participer à tous travaux d'enquête, de dépouillement et à la vérification des travaux de base des statistiques.

#### Section 2

##### Conditions de promotion

**Article 166** : Sont promus en qualité d'adjoint technique en statistiques :

- 1) par voie d'examen professionnel, les agents techniques en statistiques justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les agents techniques en statistiques justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 1) et 2) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires

**Article 167** : Sont intégrés dans le grade d'adjoint technique en statistiques, les adjoints techniques en statistiques titulaires et stagiaires.

#### Chapitre IV

### Le corps des agents techniques en statistiques

**Article 168** : Le corps des agents techniques en statistiques est mis en voie d'extinction.

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 169** : Les agents techniques en statistiques sont chargés de tous travaux de calcul, de chiffrage et d'enquête sur le terrain ainsi que du dépouillement manuel.

#### Section 2

#### Dispositions transitoires

**Article 170** : Sont intégrés dans le grade d'agent technique en statistiques, les agents techniques en statistiques titulaires et stagiaires.

#### TITRE IX

### DISPOSITIONS APPLICABLES AUX POSTES SUPERIEURS

#### DE LA FILIERE « STATISTIQUES »

**Article 171** : En application des dispositions de l'article 11 (alinéa 1) de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Jourmada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la filière « statistiques » comprend le poste supérieur de chargé de programmes statistiques.

**Article 172** : Le nombre de postes supérieurs visés à l'article 171 ci-dessus est déterminé au titre de chaque institution ou administration publique par arrêté conjoint ou décision conjointe du ministre chargé des finances, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre ou de l'autorité concernés.

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 173** : Le chargé de programmes statistiques assure la conduite et la coordination d'un ensemble d'opérations statistiques et supervise les analyses et les études y afférentes.

#### Section 2

#### Conditions de nomination

**Article 174** : Le chargé de programmes statistiques est nommé parmi :

- 1) les fonctionnaires titulaires appartenant au moins au grade d'ingénieur principal en statistiques justifiant de trois (3) années d'ancienneté en qualité de fonctionnaire ;
- 2) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'Etat en statistiques, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'application en statistiques, justifiant de huit (8) années de service effectif en cette qualité.

#### TITRE X

### DISPOSITIONS APPLICABLES A LA FILIERE « DOCUMENTATION ET ARCHIVES »

**Article 175** : La filière « documentation et archives » comprend les corps suivants :

- les documentalistes-archivistes ;
- les assistants documentalistes-archivistes ;
- les agents techniques en documentation et archives.

#### Chapitre I

### Le corps des documentalistes-archivistes

**Article 176** : Le corps des documentalistes-archivistes regroupe trois (3) grades :

- le grade de documentaliste-archiviste ;
- le grade de documentaliste-archiviste principal ;
- le grade de documentaliste-archiviste en chef.

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 177** : Les documentalistes archivistes sont chargés de constituer, d'enrichir et d'entretenir les fonds documentaires et d'archives qui leur sont confiés. Ils en assurent le classement et l'indexation selon les règles d'usage. Ils peuvent en outre entreprendre des recherches documentaires et/ou coordonner des travaux dans ce cadre.

**Article 178** : Outre les tâches dévolues aux documentalistes-archivistes, les documentalistes-archivistes principaux sont chargés, de la recherche, l'acquisition, la conservation, l'analyse, l'exploitation et la diffusion de la documentation. Ils constituent en outre des bases de données documentaires et conçoivent les systèmes d'exploitation y afférents.

**Article 179** : Outre les tâches dévolues aux documentalistes-archivistes principaux les documentalistes-archivistes en chef sont chargés de concevoir, organiser et exploiter des systèmes documentaires. Ils réalisent en outre des synthèses ou dossiers documentaires et élaborent toute publication en rapport avec le secteur d'activité.

#### Section 2

#### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 180** : Sont recrutés ou promus en qualité de documentaliste-archiviste :

- 1) par voie de concours sur épreuves, les titulaires d'une licence en bibliothéconomie ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30 % des postes à pourvoir, les assistants documentalistes-archivistes justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les assistants documentalistes-archivistes justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 2) et 3) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 181** : Sont promus sur titre en qualité de documentaliste-archiviste, les assistants documentalistes-archivistes titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, une licence en bibliothéconomie ou un titre reconnu équivalent.

**Article 182** : Sont recrutés ou promus en qualité de documentaliste-archiviste principal :

- 1) par voie de concours sur épreuves, les titulaires d'un magister en bibliothéconomie ou d'un titre reconnu équivalent
- 2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30 % des postes à pourvoir, les documentalistes-archivistes justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir et après inscription sur une liste d'aptitude, les documentalistes-archivistes justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.



**Article 183** : Sont promus sur titre en qualité de documentaliste-archiviste principal, les documentalistes-archivistes titulaires ayant obtenu après leur recrutement, le magister en bibliothéconomie ou un titre reconnu équivalent.

**Article 184** : Sont promus en qualité de documentaliste-archiviste en chef :

1) par voie d'examen professionnel, les documentalistes-archivistes principaux justifiant de sept

(7) années de service effectif en cette qualité ;

2) au choix, dans la limite de 20% des postes à pourvoir et après inscription sur une liste d'aptitude, les documentalistes-archivistes principaux justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Section 3

#### **Dispositions transitoires**

**Article 185** : Sont intégrés dans le grade de documentaliste archiviste, les documentalistes-archivistes titulaires et stagiaires.

**Article 186** : Sont intégrés dans le grade de documentaliste-archiviste principal, les documentalistes-archivistes principaux titulaires et stagiaires,

**Article 187** : Pour la constitution du grade, sont intégrés en qualité de documentaliste-archiviste en chef, les documentalistes-archivistes principaux justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Chapitre 2

#### **Le corps des assistants documentalistes - archivistes**

**Article 188** : Le corps des assistants documentalistes-archivistes comprend le grade d'assistant documentaliste-archiviste.

Section 1

#### **Définition des tâches**

**Article 189** : Les assistants documentalistes-archivistes sont chargés de la réception, de l'enregistrement, du classement et de l'archivage des documents administratifs ainsi que la mise à jour de l'inventaire. Ils participent en outre à la constitution et la gestion d'un fonds documentaire.

Section 2

#### **Conditions de recrutement et de promotion**

**Article 190** : Sont recrutés ou promus en qualité d'assistant documentaliste-archiviste :

1) par voie de concours sur épreuves, les candidats justifiant d'un diplôme d'études universitaires appliquées en bibliothéconomie ou d'un titre reconnu équivalent ;

2) par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les agents techniques en documentation et archives justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité ;

3) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les agents techniques en documentation et archives justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 2) et 3) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 191** : Sont promus sur titre en qualité d'assistant documentaliste-archiviste, les agents techniques en documentation et archives titulaires ayant obtenu après leur recrutement, un diplôme d'études universitaires appliquées en bibliothéconomie ou un titre reconnu équivalent.

Section 3

#### **Dispositions transitoires**

**Article 192** : Sont intégrés dans le grade d'assistant documentaliste-archiviste, les assistants documentalistes-archivistes titulaires et stagiaires.

Chapitre 3

#### **Le corps des agents techniques en documentation et archives**

**Article 193** : Le corps des agents techniques en documentation et archives est mis en voie d'extinction.

Section 1

#### **Définition des tâches**

**Article 194** : Les agents techniques en documentation et archives sont chargés du tri et de l'enregistrement des documents, du bulletinage des périodiques, des inventaires, de la communication des documents aux services utilisateurs ainsi que des travaux de reliure et de restauration.

Section 2

#### **Dispositions transitoires**

**Article 195** : Sont intégrés dans le grade d'agent technique en documentation et archives, les agents techniques en documentation et archives titulaires et stagiaires.

TITRE XI

### **DISPOSITIONS APPLICABLES AUX POSTES**

#### **SUPERIEURS DE LA FILIERE**

#### **« DOCUMENTATION ET ARCHIVES »**

**Article 196** : En application des dispositions de l'article 11 (alinéa 1) de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée, la filière « documentation et archives » comprend le poste supérieur de chargé de programmes documentaires.

**Article 197** : Le nombre de postes supérieurs visés à l'article 196 ci-dessus est déterminé au titre de chaque institution ou administration publique par arrêté conjoint ou décision conjointe du ministre chargé des finances, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre ou de l'autorité concernés.

Section 1

#### **Définition des tâches**

**Article 198** : Le chargé de programmes documentaires assure la conduite et la coordination d'un ensemble d'actions consistant dans la collecte et l'exploitation de l'information documentaire.

Section 2

#### **Conditions de nomination**

**Article 199** : Le chargé de programmes documentaires est nommé parmi :

1) les fonctionnaires titulaires appartenant au moins au grade de documentaliste-archiviste principal justifiant de trois (3) années d'ancienneté en qualité de fonctionnaire ;

2) les fonctionnaires appartenant au grade de documentaliste-archiviste justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

TITRE XII

### **DISPOSITIONS PARTICULIERES APPLICABLES**

**A LA FILIERE**  
**« LABORATOIRE ET MAINTENANCE »**

**Article 200** : Les corps relevant de la filière « laboratoire et maintenance » sont mis en voie d'extinction.

Toutefois, les fonctionnaires appartenant aux corps de la filière « laboratoire et maintenance » sont régis par les dispositions prévues par le présent décret.

**Article 201** : La filière « laboratoire et maintenance » comprend les corps suivants :

- les ingénieurs ;
- les techniciens ;
- les adjoints techniques ;
- les agents techniques ;
- les agents.

Chapitre 1

**Le corps des ingénieurs de laboratoire et de maintenance**

**Article 202** : Le corps des ingénieurs de laboratoire et de maintenance regroupe quatre (4) grades :

- le grade d'ingénieur d'application ;
- le grade d'ingénieur d'Etat ;
- le grade d'ingénieur principal ;
- le grade d'ingénieur en chef.

Section 1

**Définition des tâches**

**Article 203** : Les ingénieurs d'application de laboratoire et de maintenance sont chargés selon leur spécialité :

- dans la branche « laboratoire » : de mener toutes études, mesures, essais, analyses, contrôles ou interventions liés à leur domaine d'activité. Ils procèdent, s'il y a lieu, à la collecte de données, à la synthèse et à l'exploitation des résultats de leurs travaux ;
- dans la branche « maintenance » : de veiller à l'entretien et à la maintenance des équipements et de l'appareillage qui leur sont confiés, de déceler, de signaler et de remédier, éventuellement, aux défauts et insuffisances des installations.

Les ingénieurs d'application de laboratoire et de maintenance peuvent être, en outre, chargés de l'application des règles d'hygiène et de sécurité.

**Article 204** : Outre les tâches confiées aux ingénieurs d'application, les ingénieurs d'Etat de laboratoire et de maintenance sont chargés :

- dans la branche « laboratoire » : de procéder à des expertises et d'en exploiter les résultats ;
- dans la branche « maintenance » : de développer les travaux de recherche en maintenance, et de participer à l'élaboration des plans d'intervention.

Les ingénieurs d'Etat de laboratoire et de maintenance peuvent, en outre, être chargés de l'adaptation des règles et normes applicables en matière d'hygiène et de sécurité.

**Article 205** : Outre les tâches confiées aux ingénieurs d'Etat, les ingénieurs principaux de laboratoire et de maintenance sont chargés :

- dans la branche « laboratoire » : de concevoir les méthodes et instruments d'analyse, de superviser les travaux et de veiller à la réalisation des programmes d'activité qui leur sont assignés.
- dans la branche « maintenance » : d'élaborer le planning d'entretien et de maintenance, de superviser les travaux d'entretien complexes et de veiller à l'application des normes de maintenance.

**Article 206** : Outre les tâches confiées aux ingénieurs principaux, les ingénieurs en chef de laboratoire et de maintenance sont chargés :

- dans la branche « laboratoire » : d'innover et de rationaliser tout instrument nécessaire à la maîtrise des processus d'analyse, d'études ou de recherches nécessaires à la réalisation des objectifs assignés à leur domaine d'activité.
- dans la branche « maintenance » : d'élaborer des normes relatives à la maintenance et à l'utilisation rationnelle des équipements et de participer à la promotion de la maintenance dans leur secteur d'activité.

Section 2

**Conditions de promotion**

**Article 207** : Sont promus par voie d'examen professionnel, dans la limite des postes à pourvoir, en qualité d'ingénieur d'Etat de laboratoire et de maintenance, les ingénieurs d'application de laboratoire et de maintenance justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

**Article 208** : Sont promus sur titre, en qualité d'ingénieur d'Etat de laboratoire et de maintenance, les ingénieurs d'application de laboratoire et de maintenance titulaires et les techniciens supérieurs de laboratoire et de maintenance titulaires ayant obtenu après leur recrutement, le diplôme d'ingénieur d'Etat dans la spécialité.

**Article 209** : Sont promus en qualité d'ingénieur principal de laboratoire et de maintenance :

1) par voie d'examen professionnel, les ingénieurs d'Etat de laboratoire et de maintenance justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

2) au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les ingénieurs d'Etat de laboratoire et de maintenance justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité .

**Article 210** : Sont promus sur titre, en qualité d'ingénieur principal de laboratoire et de maintenance, les ingénieurs d'Etat de laboratoire et de maintenance titulaires ayant obtenu après leur recrutement, le magister dans la spécialité.

**Article 211** : Sont promus en qualité d'ingénieur en chef de laboratoire et de maintenance :

1) par voie d'examen professionnel, les ingénieurs principaux de laboratoire et de maintenance justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité ;

2) au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les ingénieurs principaux de laboratoire et de maintenance justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Chapitre II

**Le corps des techniciens de laboratoire et de maintenance**

**Article 212** : Le corps des techniciens de laboratoire et de maintenance regroupe deux (2) grades :

- le grade de technicien ;
- le grade de technicien supérieur.

Section 1

**Définition des tâches**

**Article 213** : Les techniciens de laboratoire et de maintenance sont chargés, selon leur spécialité :

- dans la branche « laboratoire » : d'exécuter des travaux précis nécessitant l'emploi de matériel complexe et de la préparation des appareils requis pour les travaux d'analyse. Ils sont, en outre, chargés d'encadrer les adjoints techniques et les agents techniques de laboratoire ;
- dans la branche « maintenance » : d'effectuer toute tâche de réparation d'appareils et d'équipements, de procéder à leur vérification périodique. Ils sont, en outre, chargés d'encadrer les adjoints techniques et les agents techniques de maintenance.

**Article 214** : Les techniciens supérieurs de laboratoire et de maintenance sont chargés selon leur spécialité :

- dans la branche « laboratoire » : de faire des analyses et manipulations préliminaires, de participer au perfectionnement du personnel relevant du laboratoire et au choix des équipements techniques ;
- dans la branche « maintenance » : outre les tâches dévolues aux techniciens, d'encadrer les personnels placés sous leur autorité.

#### Section 2

#### Conditions de promotion

**Article 215** : Sont promus en qualité de technicien de laboratoire et de maintenance :

- 1) par voie d'examen professionnel, les adjoints techniques de laboratoire et de maintenance justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix, dans la limite de 20%, des postes à pourvoir, les adjoints techniques de laboratoire et de maintenance justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 216** : Sont promus sur titre, en qualité de technicien de laboratoire et de maintenance, les adjoints techniques de laboratoire et de maintenance titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le diplôme de technicien dans la spécialité.

**Article 217** : Sont promus en qualité de technicien supérieur de laboratoire et de maintenance :

- 1) par voie d'examen professionnel, les techniciens de laboratoire et de maintenance justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les techniciens de laboratoire et de maintenance justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 1) et 2) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 218** : Sont promus sur titre, en qualité de technicien supérieur de laboratoire et de maintenance, les techniciens de laboratoire et de maintenance titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le diplôme de technicien supérieur dans la spécialité.

#### Chapitre III

### Le corps des adjoints techniques de laboratoire et de maintenance

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 219** : Les adjoints techniques de laboratoire et de maintenance sont chargés, selon leur spécialité :

- dans la branche « laboratoire » : d'effectuer le montage d'appareils simples, et d'exécuter des opérations en série d'analyses et de mesures, d'après les directives détaillées ;
- dans la branche « maintenance » : outre les tâches dévolues aux agents techniques de maintenance,
- d'encadrer les personnels placés sous leur autorité.

#### Section 2

#### Conditions de promotion

**Article 220** : Sont promus en qualité d'adjoint technique de laboratoire et de maintenance :

- 1) par voie d'examen professionnel, les agents techniques de laboratoire et de maintenance justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix, après inscription sur liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les agents techniques de laboratoire et de maintenance justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 1) et 2) ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

#### Chapitre IV

### Le corps des agents techniques de laboratoire et de maintenance

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 221** : Les agents techniques de laboratoire et de maintenance sont chargés selon leur spécialité :

- dans la branche « laboratoire » : d'exécuter des opérations en série sur appareils simples et de la préparation de sujets d'expérimentation ;
- dans la branche « maintenance » : de procéder aux opérations d'entretien courant. A ce titre, ils effectuent selon les instructions, toute réparation de matériels ou d'équipements qui leur sont confiés.

#### Section 2

#### Conditions de promotion

**Article 222** : Sont promus en qualité d'agent technique de laboratoire et de maintenance :

- 1) par voie d'examen professionnel, les agents de laboratoire et de maintenance justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix, dans la limite de 20%, des postes à pourvoir, les agents de laboratoire et de maintenance justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

#### Chapitre V

### Le corps des agents de laboratoire et de maintenance

**Article 223** : Les agents de laboratoire et de maintenance sont chargés selon leur spécialité :

- dans la branche « laboratoire » : de la manipulation du matériel et des produits nécessaires aux analyses, de l'entretien des locaux et du matériel. Ils sont, en outre, chargés des tâches diverses liées aux besoins du service ;
- dans la branche « maintenance » : d'effectuer des tâches d'entretien courant présentant un caractère répétitif et d'exécuter selon les instructions toute tâche liée aux besoins du service.

#### Chapitre VI

#### Dispositions transitoires

**Article 224** : Sont intégrés dans le grade d'ingénieur d'application de laboratoire et de maintenance, les ingénieurs d'application de laboratoire et de maintenance titulaires et stagiaires.

**Article 225** : Sont intégrés dans le grade d'ingénieur d'Etat de laboratoire et de maintenance, les ingénieurs d'Etat de laboratoire et de maintenance titulaires et stagiaires.

**Article 226** : Sont intégrés dans le grade d'ingénieur principal de laboratoire et de maintenance, les ingénieurs principaux de laboratoire et de maintenance titulaires et stagiaires.

**Article 227** : Sont intégrés dans le grade d'ingénieur en chef de laboratoire et de maintenance, les ingénieurs en chef de laboratoire et de maintenance titulaires et stagiaires.

**Article 228** : Sont intégrés dans le grade de technicien supérieur de laboratoire et de maintenance, les techniciens supérieurs de laboratoire et de maintenance titulaires et stagiaires.

**Article 229** : Sont intégrés dans le grade de technicien de laboratoire et de maintenance, les techniciens de laboratoire et de maintenance titulaires et stagiaires.

**Article 230** : Sont intégrés dans le grade d'adjoint technique de laboratoire et de maintenance, les adjoints techniques de laboratoire et de maintenance titulaires et stagiaires.

**Article 231** : Sont intégrés dans le grade d'agent technique de laboratoire et de maintenance, les agents techniques de laboratoire et de maintenance titulaires et stagiaires.

**Article 232** : Sont intégrés dans le grade d'agent de laboratoire et de maintenance, les agents de laboratoire et de maintenance titulaires et stagiaires.

**Article 233** : Les fonctionnaires appartenant aux différents grades de la filière « laboratoire et maintenance » peuvent, sur leur demande, intégrer, à niveau de qualification égal, des grades relevant d'un autre statut particulier, sous réserve que leur spécialité soit compatible avec les tâches dévolues au grade d'accueil.

### TITRE XIII DISPOSITIONS APPLICABLES AUX POSTES SUPERIEURS DE LA FILIERE « LABORATOIRE ET MAINTENANCE »

**Article 234** : En application des dispositions de l'article 11 (alinéa 1) de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée, les postes supérieurs relevant de la filière « laboratoire et maintenance » sont fixés comme suit :

- chef de laboratoire ;
- chef de service de maintenance.

**Article 235** : Le nombre de postes supérieurs visés à l'article 234 ci-dessus est déterminé au titre de chaque institution ou administration publique par arrêté conjoint ou décision conjointe du ministre chargé des finances, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre ou de l'autorité concernés.

#### Section 1 Définition des tâches

**Article 236** : Le chef de laboratoire est chargé de diriger et de coordonner les activités d'un laboratoire au sein d'une institution ou administration publique.

**Article 237** : Le chef de service de maintenance est chargé de diriger et de coordonner les activités d'entretien de réparation et de vérification périodique des matériels et équipements de toute nature au sein d'une institution ou administration publique.

#### Section 2 Conditions de nomination

**Article 238** : Les chefs de laboratoire sont nommés parmi :

- 1) les fonctionnaires titulaires appartenant au moins au grade d'ingénieur principal de laboratoire et de maintenance, spécialité « laboratoire » justifiant de trois (3) années d'ancienneté en qualité de fonctionnaire ;
- 2) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'Etat de laboratoire et de maintenance, spécialité « laboratoire », justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'application de laboratoire et de maintenance, spécialité « laboratoire », justifiant de huit (8) années de service effectif en cette qualité.

**Article 239** : Les chefs de service de maintenance sont nommés parmi :

- 1) les fonctionnaires titulaires appartenant au moins au grade d'ingénieur principal de laboratoire et de maintenance, spécialité « maintenance » justifiant de trois (3) années d'ancienneté en qualité de fonctionnaire ;
- 2) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'Etat de laboratoire et de maintenance spécialité « maintenance », justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 3) les fonctionnaires appartenant au grade d'ingénieur d'application de laboratoire et de maintenance spécialité « maintenance », justifiant de huit (8) années de service effectif en cette qualité.

### TITRE XIV DISPOSITIONS PARTICULIERES APPLICABLES AU CORPS DES ANALYSTES DE L'ECONOMIE

**Article 240** : Le corps des analystes de l'économie est mis en voie d'extinction.

Toutefois, les fonctionnaires appartenant au corps des analystes de l'économie sont régis par les dispositions prévues par le présent décret.

**Article 241** : Le corps des analystes de l'économie regroupe trois (3) grades :

- le grade d'analyste ;
- le grade d'analyste principal ;
- le grade d'analyste en chef.

#### Chapitre I Définition des tâches

**Article 242** : Les analystes de l'économie sont chargés, dans leurs spécialités respectives, d'effectuer des analyses relatives à l'ensemble des agrégats généraux concourant à la détermination de l'activité économique.

Ils réalisent les calculs économiques liés à tout projet ou programme d'investissement et mènent toutes enquêtes économiques.

**Article 243** : Les analystes principaux sont chargés dans leurs spécialités respectives d'effectuer toute étude générale ou particulière nécessaire à toute action de planification et d'élaborer tous les éléments et mesures relatifs à la mise en oeuvre de la politique économique.

**Article 244** : Les analystes en chef sont chargés dans leurs spécialités respectives de concevoir tout projet d'étude relatif à un thème relevant d'une activité déterminée, d'élaborer tout instrument de planification ou d'aménagement nécessaire à la mise en oeuvre des plans de développement, d'effectuer les travaux de synthèse et de programmation dans le domaine socio-économique et de réaliser toute étude, rapport, bilan, plan annuel et pluriannuel de développement.

#### Chapitre II Conditions de promotion

**Article 245** : Sont promus en qualité d'analyste principal :

- 1) par voie d'examen professionnel, les analystes justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les analystes justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 246** : Sont promus sur titre, en qualité d'analyste principal, les analystes titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le magister dans la spécialité ou un titre reconnu équivalent.

**Article 247 :** Sont promus en qualité d'analyste en chef :

- 1) par voie d'examen professionnel, les analystes principaux justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les analystes principaux justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Chapitre III

**Dispositions transitoires**

**Article 248 :** Sont intégrés en qualité d'analyste, les analystes titulaires et stagiaires.

**Article 249 :** Sont intégrés en qualité d'analyste principal, les analystes principaux titulaires et stagiaires.

**Article 250 :** Sont intégrés en qualité d'analyste en chef, les analystes en chef titulaires et stagiaires.

TITRE XV

**CLASSIFICATION DES GRADES ET BONIFICATION INDICIAIRE DES POSTES SUPERIEURS**

Chapitre I

**Classification des grades**

**Article 251 :** En application de l'article 118 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant des corps communs aux institutions et administrations publiques est fixée conformément au tableau ci-après :

**1. - Filière « administration générale »**

CORPS	GRADES	CLASSEMENT	
		Catégorie	Indice minimal
Administrateurs	Administrateur	12	537
	Administrateur principal	14	621
	Administrateur conseiller	16	713
Attachés d'administrations	Attaché d'administration	9	418
	Attaché principal d'administration	10	453
Agents d'administration	Agent de bureau	5	288
	Agent d'administration	7	348
	Agent principal d'administration	8	379
Secrétaires	Agent de saisie	5	288
	Secrétaire	6	315
	Secrétaire de direction	8	379
	Secrétaire principal de direction	10	453
Comptables administratifs	Aide-comptable	5	288
	Comptable administratif	8	379
	Comptable administratif principal	10	453

**2. - Filière « Traduction – interprétariat »**

CORPS	GRADES	CLASSEMENT	
		Catégorie	Indice minimal
Traducteurs interprète	Traducteur-interprète	12	537
	Traducteur-interprète principal	14	621
	Traducteur-interprète en chef	16	713

### 3. - Filière « Informatique »

CORPS	GRADES	CLASSEMENT	
		Catégorie	Indice minimal
Ingénieurs	Ingénieur d'application	11	498
	Ingénieur d'Etat	13	578
	Ingénieur principal	14	621
	Ingénieur en chef	16	713
Techniciens	Technicien	8	379
	Technicien supérieur	10	453
Adjoints techniques	Adjoint technique	7	348
Agents techniques	Agent technique	5	288

### 4. - Filière « Statistiques »

CORPS	GRADES	CLASSEMENT	
		Catégorie	Indice minimal
Ingénieurs	Ingénieur d'application	11	498
	Ingénieur d'Etat	13	578
	Ingénieur principal	14	621
	Ingénieur en chef	16	713
Techniciens	Technicien	8	379
	Technicien supérieur	10	453
Adjoints techniques	Adjoint technique	7	348
Agents techniques	Agent technique	5	288

### 5. - Filière « Documentation et archives »

CORPS	GRADES	CLASSEMENT	
		Catégorie	Indice minimal
Documentalistes-archivistes	Documentaliste-archiviste	12	537
	Documentaliste-archiviste principal	14	621
	Documentaliste-archiviste en chef	16	713
Assistants documentalistes-archivistes	Assistant documentaliste-archiviste	10	453
Agents techniques en documentation et archives	Agent technique en documentation et archives	7	348

**6.- Filière « Laboratoire et maintenance »  
(mise en voie d'extinction)**

CORPS	GRADES	CLASSEMENT	
		Catégorie	Indice minimal
Ingénieurs	Ingénieur d'application	11	498
	Ingénieur d'Etat	13	578
	Ingénieur principal	14	621
	Ingénieur en chef	16	713
Techniciens	Technicien	8	379
	Technicien supérieur	10	453
Adjoints techniques	Adjoint technique	7	348
Agents techniques	Agent technique	5	288
Agents de laboratoire	Agent de laboratoire	4	263

**7.- Filière « Analyste de l'économie »  
(mise en voie d'extinction)**

CORPS	GRADES	CLASSEMENT	
		Catégorie	Indice minimal
Analystes de l'économie	Analyste de l'économie	12	537
	Analyste principal	14	621
	Analyste en chef	16	713

Chapitre II

**Bonification indiciaire des postes supérieurs**

**Article 252 :** En application de l'article 3 du décret présidentiel n° 07-307, susvisé, la bonification indiciaire des postes supérieurs communs aux institutions et administrations publiques est fixée conformément au tableau ci-après :

**Filière « Administration générale »**

POSTES SUPERIEURS	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Indice
Chargé d'étude et de projet de l'administration centrale	8	195
Attaché de cabinet de l'administration centrale	8	195
Assistant de cabinet	4	55
Chargé de l'accueil et de l'orientation	4	55

**Filière « Traduction interprétariat »**

POSTES SUPERIEURS	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Indice
Chargé de programme de traduction-interprétariat	8	195

**Filière « Informatique »**

POSTES SUPERIEURS	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Indice
Responsable de base de données	8	195
Responsable de réseau	8	195
Responsable de système informatique	8	195



### Filière « Statistiques »

POSTES SUPERIEURS	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Indice
Chargé de programmes statistiques	8	195

### Filière « Documentation et archives »

POSTES SUPERIEURS	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Indice
Chargé de programmes documentaires	8	195

### Filière « laboratoire et maintenance »

POSTES SUPERIEURS	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Indice
Chef de laboratoire	8	195
Chef de service maintenance	8	195

### TITRE XVI

#### DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

**Article 253 :** Les fonctionnaires régulièrement nommés aux postes supérieurs d'attaché de cabinet de l'administration centrale, d'assistant de cabinet, de chargé de l'accueil et de l'orientation, de chef de laboratoire et de chef de service de maintenance, antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2008, et qui ne remplissent pas les nouvelles conditions de nomination bénéficient de la bonification indiciaire fixée à l'article 252 ci-dessus, jusqu'à la cessation de leur fonction dans le poste supérieur occupé.

**Article 254 :** Les titulaires de postes supérieurs de chef de projet et de chargé d'études de l'administration centrale prévus par le décret exécutif n°89-224 du 5 décembre 1989, susvisé, en activité à la date d'effet du présent décret, bénéficient, pendant une période d'une année, de la bonification indiciaire attachée au poste supérieur de chargé d'études et de projet, fixée à l'article 252 ci-dessus, en attendant l'adoption de l'arrêté interministériel prévu à l'article 76 ci-dessus.

**Article 255 :** Le poste supérieur de chef de bureau de l'administration centrale prévu à l'article 85 du décret exécutif n° 89-224 du 5 décembre 1989 susvisé, est régi par un texte réglementaire particulier qui fixe les conditions de nomination et la bonification indiciaire y afférente.

**Article 256 :** Sont abrogées les dispositions contraires au présent décret notamment celles du décret exécutif n°89-224 du 5 décembre 1989, susvisé.

**Article 257 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 258 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 11 Moharram 1429 correspondant au 19 janvier 2008.

**Abdelaziz BELKHADEM.**



**Décret exécutif n°10-134 du 28 Joumada El Oula 1431 correspondant au 13 mai 2010  
instituant le régime indemnitaire des fonctionnaires appartenant aux corps communs  
aux institutions et administrations publiques.**

Le Premier ministre,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 119, 124 et 126 ;

Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret exécutif n°90-194 du 23 juin 1990, modifié et complété, fixant la prime de rendement allouée au profit des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret exécutif n°08-04 du 11 Moharram 1429 correspondant au 19 janvier 2008 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet d'instituer le régime indemnitaire des fonctionnaires appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques, régis par le décret exécutif n°08-04 du 11 Moharram 1429 correspondant au 19 janvier 2008, susvisé.

**Article 2 :** Les fonctionnaires cités à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus bénéficient, selon le cas, des primes et indemnités suivantes :

- la prime de rendement ;
- l'indemnité des services administratifs communs ;
- l'indemnité des services techniques communs.

**Article 3 :** La prime de rendement calculée, au taux variable de 0 à 30 % du traitement, est servie trimestriellement aux fonctionnaires appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques.

Le service de la prime de rendement est soumis à une notation selon des modalités fixées par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 4 :** L'indemnité des services administratifs communs est servie mensuellement aux fonctionnaires appartenant aux corps relevant des filières d'administration générale, traduction-interprétariat, documentation et archives ainsi qu'aux corps des analystes de l'économie, selon les taux suivants :

**. 25 % du traitement pour les corps des :**

- secrétaires ;
- agents d'administration ;
- attachés d'administration ;
- comptables administratifs ;
- agents techniques en documentation et archives ;
- assistants documentalistes-archivistes.

**. 40 % du traitement pour les corps des :**

- administrateurs ;
- traducteurs-interprètes ;
- documentalistes-archivistes ;
- analystes de l'économie.

**Article 5 :** L'indemnité des services techniques communs est servie mensuellement aux fonctionnaires appartenant aux corps relevant des filières « laboratoire et maintenance », « informatique et statistiques », selon les taux suivants :

**. 25 % du traitement pour les corps des :**

- agents de laboratoire ;
- agents techniques ;
- adjoints techniques ;
- techniciens.

**. 40 % du traitement pour les corps d'ingénieurs.**

**Article 6 :** Les primes et indemnités prévues à l'article 2 ci-dessus sont soumises aux cotisations de sécurité sociale et de retraite.

**Article 7 :** Les modalités de mise en œuvre des dispositions du présent décret peuvent être précisées, en tant que de besoin, par instruction conjointe du ministre des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 8 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires aux dispositions du présent décret, notamment celles du décret exécutif n°90-194 du 23 juin 1990, susvisé, en ce qui concerne les corps communs aux institutions et administrations publiques.

**Article 9 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 10 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 Joumada El Oula 1431 correspondant au 13 mai 2010.

**Ahmed OUYAHIA.**

**République Algérienne Démocratique et Populaire**  
**Direction Générale de la Fonction Publique**

**OPERATION DE REVISION DES REGIMES INDEMNITAIRES**

Les régimes indemnitaires des fonctionnaires appartenant aux corps communs, des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des agents contractuels viennent d'être adoptés à la faveur des décrets exécutifs n°10-134, 10-135 et 10-136 du 15 mai 2010.

Ces nouveaux régimes indemnitaires concernent 580.000 fonctionnaires et agents contractuels, soit le tiers des effectifs de la fonction publique.

Avec les fonctionnaires de l'éducation nationale, un total de plus d'un million de fonctionnaires et agents contractuels auront bénéficié d'un nouveau régime indemnitaire.

Il y'a lieu de préciser que d'autres régimes indemnitaires sont actuellement à l'examen auprès de la Direction Générale de la Fonction Publique comme c'est le cas du régime indemnitaire de la jeunesse et des sports ou le commerce entre autres.

En tout état de cause, les régimes indemnitaires une fois adoptés ont un effet rétroactifs à compter 1<sup>er</sup> janvier 2008 et ce quel que soit la date de leur adoption.

- I- En ce qui concerne la révision du régime indemnitaire des corps, communs, qui comprennent notamment les corps des administrateurs, des traducteurs-interprètes des documentalistes-archivistes, de statisticiens et des ingénieurs informaticiens, celui-ci été renforcé par la création d'une nouvelle indemnité en plus de la prime de rendement.

Il s'agit d'une nouvelle indemnité intitulée « **indemnité de service administratifs communs** » instituée au profit des fonctionnaires d'administration générale, de documentation et archives, de traduction-interprétariat et des analystes de l'économie dont le taux varie entre 25% et 40% du nouveau traitement.

Outre les gains résultant de la nouvelle indemnité, les fonctionnaires cités ci-dessus continueront de bénéficier, de la prime de rendement à un taux de 30% qui sera désormais calculée sur le nouveau traitement.

Ainsi, les gains nets résultant de la révision du régime indemnitaire, au 6<sup>ème</sup> échelon, se présentent comme suit :

- Agent de bureau	: 5.324 DA
- Secrétaire	: 5.998 DA
- Attaché d'administration	: 6.942 DA
- Attaché principal d'administration	: 7.135 DA
- Administrateur	: 11.769 DA
- Administrateur principal	: 13.300 DA
- Documentaliste archiviste	: 11.577 DA
- Traducteur-interprète	: 11.577 DA

S'agissant de la filière technique, la nouvelle indemnité intitulée « **indemnité des services techniques communs** » dont le taux varie également entre 25% et 40% du nouveau traitement concerne les informaticiens, les statistiques informations, les statisticiens et les personnels de laboratoire et de maintenance.

Outre les gains résultant de la nouvelle indemnité, les fonctionnaires cités ci-dessus continueront de bénéficier de la prime de rendement à un taux de 30% qui sera désormais calculée sur le nouveau traitement.

Ainsi, les gains nets résultant de la révision du régime indemnitaire, au 6<sup>ème</sup> échelon, se présentent comme suit :

- Agent technique en informatique	: 5.089 DA
- Technicien en informatique	: 6.441 DA
- Technicien supérieur en informatique	: 7.339 DA
- Ingénieur d'état en informatique	: 12.426 DA
- Ingénieur d'état en statistique	: 12.426 DA
- Ingénieur principal en informatique	: 13.302 DA

- II-** En ce qui concerne la révision du régime indemnitaire des ouvriers professionnels, il a été décidé de relever l'indemnité de nuisance des ouvriers professionnels au taux de 25% du nouveau traitement.
- Par ailleurs, pour les conducteurs d'automobiles et les appariteurs, il a été décidé de relever l'indemnité forfaitaire de service au taux de 25% du nouveau traitement.
- Outre les gains résultant de ces indemnités, les fonctionnaires cités ci-dessus continueront de bénéficier de la prime de rendement à un taux de 30% qui sera désormais calculée sur le nouveau traitement.
- Ainsi, les gains nets résultant de la révision du régime indemnitaire de ces fonctionnaires, au 6<sup>ème</sup> échelon, se présentent comme suit :

- Appariteur	: 3.268 DA
- Appariteur principal	: 3.641 DA
- Conducteur d'automobile 2 <sup>ème</sup> catégorie	: 3.277 DA
- Conducteur d'automobile 1 <sup>ère</sup> catégorie	: 3.736 DA
- Ouvrier professionnel de 3 <sup>ème</sup> catégorie	: 3.151 DA
- Ouvrier professionnel de 2 <sup>ème</sup> catégorie	: 3.776 DA
- Ouvrier professionnel de 1 <sup>ère</sup> catégorie	: 4.973 DA
- Ouvrier professionnel hors catégorie	: 5.682 DA

- III-** En ce qui concerne la révision du régime indemnitaire des agents contractuels, celle-ci s'est traduite par les mesures suivantes :

Pour les agents occupant les emplois d'ouvriers professionnels :

- A été décidé la revalorisation de l'indemnité de nuisance au taux de 25% qui sera calculée sur le nouveau traitement :
  - Pour les gains contractuels qui occupent les emplois d'agent service, de conducteurs d'automobiles et de gardien, il a été décidé de relever l'indemnité forfaitaire de service au taux 25% du nouveau traitement :
  - De même, il a été décidé d'allouer aux agents de prévention une indemnité de risque et d'astreinte au taux de 25% du nouveau traitement
- Par ailleurs, la prime de rendement des agents contractuels a été portée de 25% à 30% du nouveau traitement.

Ainsi, les gains nets résultant de la révision du régime indemnitaire des agents contractuels ayant six ans d'ancienneté se présentent comme suit :

- Agent de service niveau 1	: 2.341 DA
- Agent de service de niveau 2	: 3.479 DA
- Agent de service de niveau 3	: 4.258 DA
- Ouvrier professionnel de niveau 1	: 2.341 DA
- Ouvrier professionnel de niveau 2	: 3.479 DA
- Ouvrier professionnel de niveau 3	: 4.258 DA
- Ouvrier professionnel de niveau 4	: 4.790 DA
- Agent de prévention de niveau 1	: 3.309 DA
- Agent de prévention de niveau 2	: 4.088 DA

Les mesures de révision du régime indemnitaire des agents contractuels prennent également effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Les gains cumulés entre les augmentations résultant de la mise en œuvre de la nouvelle grille des traitements en janvier 2008 et de la révision du régime indemnitaire ont atteint jusqu'à 80% pour le personnels de l'éducation nationale et des corps communs.

**Décret exécutif n° 08-05 du 11 Moharram 1429 correspondant au 19 janvier 2008 portant  
statut particulier des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des  
appariteurs.**

Le Chef du Gouvernement,  
Vu la constitution, notamment ses articles 85- 4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 3 et 23 ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret exécutif n° 89-225 du 5 décembre 1989 portant statut particulier des ouvriers professionnels, conducteurs d'automobiles et appariteurs ;

**Décrète :**

**CHAPITRE I  
DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions des articles 3 et 23 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux fonctionnaires appartenant aux corps des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des appariteurs.

Section 1

**Champ d'application**

**Article 2** : Les fonctionnaires appartenant aux corps visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, sont en position d'activité au sein des institutions publiques, des administrations centrales de l'Etat, des services déconcentrés en dépendant, des collectivités territoriales, des établissements publics à caractère administratif, des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, des établissements publics à caractère scientifique et technologique et tout établissement public dont les personnels peuvent être soumis aux dispositions du statut général de la fonction publique.

Section 2

**Promotion et avancement**

**Article 3** : Les fonctionnaires régis par le présent décret sont promus selon les conditions et les proportions prévues aux articles 14, 15, 16, 17, 18, 19, 27 et 33 ci-dessous.

Les proportions applicables aux différents modes de promotion peuvent être modifiées sur proposition du ministre ou de l'autorité concernée, après avis de la commission administrative paritaire compétente, par décision de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 4** : Les rythmes d'avancement applicables aux fonctionnaires appartenant aux corps des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des appariteurs sont fixés selon les trois durées prévues à l'article 11 du décret présidentiel n° 07-304 du 29 septembre 2007, susvisé.

Section 3

**Reclassement et titularisation**

**Article 5** : Les fonctionnaires appartenant aux corps et grades prévus par le décret exécutif n° 89-225 du 5 décembre 1989, susvisé, sont intégrés, titularisés et reclassés à la date d'effet du présent décret dans les corps et grades prévus par le présent statut .

**Article 6** : Les fonctionnaires visés à l'article 5 ci-dessus sont rangés à l'échelon qu'ils détiennent au 31 décembre 2007. Le reliquat d'ancienneté est pris en compte pour l'avancement d'échelon dans la nouvelle catégorie de classement.

**Article 7** : Les stagiaires nommés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont titularisés après l'accomplissement de la période d'essai prévue par le décret exécutif n° 89-225 du 5 décembre 1989, susvisé.

**CHAPITRE II**

**DISPOSITIONS APPLICABLES AU CORPS  
DES OUVRIERS PROFESSIONNELS**

**Article 8** : Le corps des ouvriers professionnels regroupe quatre (4) grades :

- le grade d'ouvrier professionnel de 3<sup>ème</sup> catégorie ;
- le grade d'ouvrier professionnel de 2<sup>ème</sup> catégorie ;
- le grade d'ouvrier professionnel de 1<sup>ère</sup> catégorie ;
- le grade d'ouvrier professionnel hors catégorie.

Section 1

**Définition des tâches**

**Article 9** : Les fonctionnaires appartenant au corps des ouvriers professionnels exercent les tâches spécifiques à l'emploi pour lequel ils ont été recrutés.

**Article 10** : Les ouvriers professionnels de 3<sup>ème</sup> catégorie sont chargés d'effectuer un ensemble de tâches élémentaires nécessitant des techniques professionnelles simples.

Ils peuvent en outre être chargés de divers travaux de manutention, d'entretien de locaux ou de matériels administratifs, ainsi que de tous travaux manuels en rapport avec l'activité des services.

**Article 11** : Outre les tâches prévues à l'article 10 ci-dessus, les ouvriers professionnels de 2<sup>ème</sup> catégorie exécutent les tâches spécifiques en rapport avec leur spécialité.

**Article 12** : Les ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie sont chargés, selon leur spécialité, de l'exécution de l'ensemble des tâches nécessitant la maîtrise de connaissances théoriques et pratiques.

**Article 13** : Outre les tâches confiées aux ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie, les ouvriers professionnels hors catégorie sont chargés, selon leur spécialité, de l'exécution de tâches nécessitant une haute qualification. A ce titre, ils encadrent et coordonnent les activités des ouvriers professionnels.

Section 2

**Conditions de promotion**

**Article 14** : Sont promus en qualité d'ouvrier professionnel de 2<sup>ème</sup> catégorie :

- 1) par voie de test professionnel, les ouvriers professionnels de 3<sup>ème</sup> catégorie justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2) au choix, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les ouvriers professionnels de 3<sup>ème</sup> catégorie justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 15 :** Sont promus en qualité d'ouvrier professionnel de 2<sup>ème</sup> catégorie, les ouvriers professionnels de 3<sup>ème</sup> catégorie ayant obtenu, après leur recrutement, un certificat de formation professionnelle spécialisée en rapport avec leur filière professionnelle.

**Article 16 :** Sont promus en qualité d'ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie :

1) par voie d'examen professionnel, les ouvriers professionnels de 2<sup>ème</sup> catégorie, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

2) au choix, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les ouvriers professionnels de 2<sup>ème</sup> catégorie justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 17 :** Sont promus en qualité d'ouvrier professionnel de 1<sup>ère</sup> catégorie, les ouvriers professionnels de 2<sup>ème</sup> catégorie ayant obtenu, après leur recrutement, un certificat d'aptitude professionnelle en rapport avec leur filière professionnelle.

**Article 18 :** Sont promus en qualité d'ouvrier professionnel hors catégorie :

1) par voie d'examen professionnel, les ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

2) au choix, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 19 :** Sont promus en qualité d'ouvrier professionnel hors catégorie, les ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie ayant obtenu, après leur recrutement, un certificat de maîtrise professionnelle en rapport avec leur filière professionnelle.

#### Section 3

#### Dispositions transitoires

**Article 20 :** Sont intégrés en qualité d'ouvrier professionnel de 3<sup>ème</sup> catégorie, les ouvriers professionnels de 3<sup>ème</sup> catégorie titulaires et stagiaires.

**Article 21 :** Sont intégrés en qualité d'ouvrier professionnel de 2<sup>ème</sup> catégorie, les ouvriers professionnels de 2<sup>ème</sup> catégorie titulaires et stagiaires.

**Article 22 :** Sont intégrés en qualité d'ouvrier professionnel de 1<sup>ère</sup> catégorie, les ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie titulaires et stagiaires.

**Article 23 :** Sont intégrés en qualité d'ouvrier professionnel hors catégorie, les ouvriers professionnels hors catégorie titulaires et stagiaires.

#### CHAPITRE III

### DISPOSITIONS APPLICABLES AU CORPS DES CONDUCTEURS D'AUTOMOBILES

**Article 24 :** Le corps des conducteurs d'automobile comprend deux (2) grades :

- le grade de conducteurs d'automobile de 2<sup>ème</sup> catégorie ;
- le grade de conducteurs d'automobile de 1<sup>ère</sup> catégorie.

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 25 :** Les conducteurs d'automobile de 2<sup>ème</sup> catégorie sont chargés de la conduite et de l'entretien courant des véhicules de tourisme ou utilitaires dont ils ont la charge.

**Article 26 :** Les conducteurs d'automobile de 1<sup>ère</sup> catégorie sont chargés de la conduite et de l'entretien courant des véhicules poids lourds et/ou de transport en commun dont ils ont la charge. Ils peuvent en outre être chargés de la conduite de véhicules de tourisme ou utilitaires.

#### Section 2

#### Conditions de promotion

**Article 27 :** Sont promus, au choix, dans la limite des postes à pourvoir, après inscription sur liste d'aptitude, dans le grade de conducteur d'automobile de 1<sup>ère</sup> catégorie, les conducteurs d'automobile de 2<sup>ème</sup> catégorie justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité et ayant obtenu le permis de conduire poids lourd ou de transport en commun.

#### Section 3

#### Dispositions transitoires

**Article 28 :** Sont intégrés en qualité de conducteur d'automobile de 2<sup>ème</sup> catégorie, les conducteurs d'automobile de 2<sup>ème</sup> catégorie titulaires et stagiaires.

**Article 29 :** Sont intégrés en qualité de conducteur d'automobile de 1<sup>ère</sup> catégorie, les conducteurs d'automobiles de 1<sup>ère</sup> catégorie titulaires et stagiaires.

#### CHAPITRE IV

### DISPOSITIONS APPLICABLES AU CORPS DES APPARITEURS

**Article 30 :** Le corps des appariteurs regroupe deux (2) grades :

- le grade d'appariteur ;
- le grade d'appariteur principal.

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 31 :** Les appariteurs sont chargés de l'accueil et de l'orientation des visiteurs, de la transmission de documents administratifs ainsi que du courrier entre les services.

**Article 32 :** Outre les tâches confiées aux appariteurs, les appariteurs principaux sont chargés de coordonner les activités des appariteurs.

#### Section 2

#### Conditions de promotion

**Article 33 :** Sont promus, au choix, en qualité d'appariteurs principaux, les appariteurs justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

#### Section 3

#### Dispositions transitoires

**Article 34 :** Sont intégrés en qualité d'appariteur, les appariteurs titulaires et stagiaires.

**Article 35 :** Sont intégrés en qualité d'appariteur principal, les appariteurs principaux titulaires et stagiaires.

#### CHAPITRE V

### DISPOSITIONS APPLICABLES AUX POSTES SUPERIEURS

**Article 36 :** En application des dispositions de l'article 11 (alinéa 1) de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée, la liste des postes supérieurs est fixée comme suit :

- chef de parc ;
- chef d'atelier ;
- chef magasinier ;
- chef de cuisine ;
- responsable du service intérieur.

**Article 37 :** Compte tenu des spécificités inhérentes aux missions de certaines institutions et administrations publiques, d'autres postes supérieurs peuvent être créés, par arrêté conjoint du ministre des finances, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre ou de l'autorité concernés, qui en fixe les tâches ainsi que les conditions d'accès y afférentes.

**Article 38 :** Le nombre de postes supérieurs prévus aux articles 36 et 37 ci-dessus, est fixé au titre de chaque institution ou administration publique par arrêté conjoint ou décision conjointe du ministre des finances, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre ou de l'autorité concernés.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 39 :** Le chef de parc est chargé de la gestion d'un parc de véhicules de tous types.

A ce titre, il coordonne les activités des conducteurs et veille à l'entretien des véhicules. Il tient en outre les états de consommation de carburants, lubrifiants et autres produits.

**Article 40 :** Le chef d'atelier est chargé de diriger l'activité de plusieurs ouvriers professionnels dans un atelier. A ce titre, il planifie les interventions des ouvriers professionnels et contrôle la bonne exécution des travaux.

**Article 41 :** Le chef magasinier est chargé de la gestion de produits ou marchandises mis en dépôt. Il contrôle le mouvement des stocks, programme leur renouvellement et tient à jour les états des entrées et des sorties.

**Article 42 :** Le chef de cuisine est chargé d'organiser et de coordonner les activités de cuisine. Il fixe la composition des menus et détermine les quantités de denrées alimentaires nécessaires pour un effectif donné. Il veille en outre au bon fonctionnement de la cuisine et à la qualité des repas.

**Article 43 :** Le responsable du service intérieur est chargé de la coordination des activités des agents affectés à l'entretien des locaux et des espaces verts.

#### Section 2

##### Conditions de nomination

**Article 44 :** Les chefs de parc sont nommés parmi :

- 1) les ouvriers professionnels hors catégorie titulaires, dont la spécialité est en rapport avec les tâches inhérentes au poste ;
- 2) les ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité dont la spécialité est en rapport avec les tâches inhérentes au poste ;
- 3) les conducteurs d'automobile de 1<sup>ère</sup> catégorie justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité ;
- 4) les conducteurs d'automobile de 2<sup>ème</sup> catégorie justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

**Article 45 :** Les chefs d'atelier sont nommés parmi :

- 1) les ouvriers professionnels hors catégorie titulaires, dont la spécialité est en rapport avec les tâches inhérentes au poste ;
- 2) les ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité dont la spécialité est en rapport avec les tâches inhérentes au poste.

**Article 46 :** Les chefs magasiniers sont nommés parmi :

- 1) les ouvriers professionnels hors catégorie titulaires, dont la spécialité est en rapport avec les tâches inhérentes au poste ;
- 2) les ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité dont la spécialité est en rapport avec les tâches inhérentes au poste.

**Article 47 :** Les chefs de cuisine sont nommés parmi :

- 1) les ouvriers professionnels hors catégorie titulaires, dont la spécialité est en rapport avec les tâches inhérentes au poste ;
- 2) les ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité dont la spécialité est en rapport avec les tâches inhérentes au poste.

**Article 48 :** Les responsables du service intérieur sont nommés parmi :

- 1) les ouvriers professionnels hors catégorie titulaires ;
- 2) les ouvriers professionnels de 1<sup>ère</sup> catégorie justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité.

#### CHAPITRE VI

### CLASSIFICATION DES GRADES ET BONIFICATION INDICIAIRE DES POSTES SUPERIEURS

#### Section 1

##### Classification des grades

**Article 49 :** En application de l'article 118 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant des corps des ouvriers professionnels, conducteurs d'automobile et appariteurs est fixé conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	CLASSEMENT	
		Catégorie	Indice minimal
Ouvriers professionnels	Ouvrier professionnel de 3 <sup>ème</sup> catégorie	1	200
	Ouvrier professionnel de 2 <sup>ème</sup> catégorie	3	240
	Ouvrier professionnel de 1 <sup>ère</sup> catégorie	5	288
	Ouvrier professionnel hors catégorie	6	315
Conducteurs d'automobiles	Conducteur d'automobile de 2 <sup>ème</sup> catégorie	2	219
	Conducteur d'automobile de 1 <sup>ère</sup> catégorie	3	240
Appariteurs	Appariteur	1	200
	Appariteur principal	2	219

#### Section 2

##### Bonification indiciaire des postes supérieurs

**Article 50 :** En application des dispositions de l'article 3 du décret présidentiel n° 07-307 du 29 septembre 2007, susvisé, la bonification indiciaire des postes supérieurs prévus aux articles 36 et 37 ci-dessus, est fixée au niveau 3 indice 45.

#### CHAPITRE VII

##### DISPOSITIONS FINALES

**Article 51 :** Les corps des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des appariteurs régis par le présent décret sont mis en voie d'extinction.

**Article 52 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret, notamment celles du décret exécutif n° 89-225 du 5 décembre 1989, susvisé, et des arrêtés interministériels pris pour son application.

**Article 53 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 54 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 11 Moharram 1429 correspondant au 19 janvier 2008.

**Abdelaziz BELKHADEM.**



**Décret exécutif n°10-135 du 28 Joumada El Oula 1431 correspondant au 13 mai 2010  
instituant le régime indemnitaire des ouvriers professionnels, des conducteurs  
d'automobiles et des appariteurs.**

Le Premier ministre,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 119, 124 et 126 ;

Vu le décret n°81-57 du 28 mars 1981 fixant les taux et les conditions d'attribution de l'indemnité forfaitaire de service permanent ;

Vu le décret n°88-219 du 2 novembre 1988 fixant les modalités de calcul de l'indemnité de nuisance ;

Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009, portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret exécutif n°90-194 du 23 juin 1990, modifié et complété, fixant la prime de rendement allouée au profit des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret exécutif n°08-05 du 11 Moharram 1429 correspondant au 19 janvier 2008 portant statut particulier des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des appariteurs ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet d'instituer le régime indemnitaire des fonctionnaires appartenant aux corps des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des appariteurs régis par le décret exécutif n°08-05 du 11 Moharram 1429 correspondant au 19 janvier 2008, susvisé.

**Article 2 :** Les fonctionnaires appartenant aux corps des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des appariteurs bénéficient, selon le cas, des primes et indemnités suivantes :

- la prime de rendement ;
- l'indemnité de nuisance ;
- l'indemnité forfaitaire de service.

**Article 3 :** La prime de rendement calculée au taux variable de 0 à 30 % du traitement est servie trimestriellement aux fonctionnaires appartenant aux corps des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des appariteurs.

Le service de la prime de rendement est soumis à une notation selon des modalités fixées par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 4 :** L'indemnité de nuisance est servie mensuellement aux fonctionnaires appartenant au corps des ouvriers professionnels au taux de 25% du traitement.

**Article 5 :** L'indemnité forfaitaire de service est servie mensuellement aux fonctionnaires appartenant aux corps des conducteurs d'automobiles et des appariteurs au taux de 25% du traitement.

**Article 6 :** Les primes et indemnités prévues à l'article 2 ci-dessus, sont soumises aux cotisations de sécurité sociale et de retraite.

**Article 7 :** Les modalités de mise en œuvre des dispositions du présent décret peuvent être précisées, entant que de besoin, par instruction conjointe du ministre des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 8 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires aux dispositions du présent décret, notamment celles des décrets n°81-57 du 28 mars 1981 et n°88-219 du 2 novembre 1988 ainsi que celles du décret exécutif n°90-194 du 23 juin 1990, susvisés, en ce qui concerne les fonctionnaires appartenant aux corps des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des appariteurs.

**Article 9 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 10 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 Joumada El Oula 1431 correspondant au 13 mai 2010.

**Ahmed OUYAHIA.**

**instituant le régime indemnitaire des agents contractuels.**

Le Premier ministre,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3<sup>o</sup> et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 Juillet 2006, portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 124 et 126 ;

Vu le décret n°81-57 du 28 mars 1981 fixant les taux et les conditions d'attribution de l'indemnité forfaitaire de service permanent ;

Vu le décret n°88-219 du 2 novembre 1988 fixant les modalités de calcul de l'indemnité de nuisance ;

Vu le décret présidentiel n°07-308 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités de recrutement des agents contractuels, leurs droits et obligations, les éléments constitutifs de leur rémunération, les règles relatives à leur gestion ainsi que le régime disciplinaire qui leur est applicable, notamment son article 24 ;

Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret exécutif n°90-194 du 23 juin 1990, modifié et complété, fixant la prime de rendement allouée au profit des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet d'instituer le régime indemnitaire des agents contractuels régis par les dispositions du décret présidentiel n°07-308 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé.

**Article 2 :** Les agents contractuels recrutés dans le cadre de l'article 19 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, bénéficient, selon le cas, des primes et indemnités suivantes :

- la prime de rendement ;
- l'indemnité de nuisance ;
- l'indemnité forfaitaire de service.
- l'indemnité de risque et d'astreinte.

**Article 3 :** La prime de rendement, calculée au taux variable de 0 à 30 % du traitement de l'emploi occupé, est servie trimestriellement aux agents contractuels occupant les emplois d'ouvrier professionnel, d'agent de service, de conducteur d'automobile, de chef de parc, de gardien et d'agent de prévention.

Le service de la prime de rendement est soumis à une notation selon des modalités fixées par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 4 :** L'indemnité de nuisance est servie mensuellement aux agents contractuels occupant l'emploi d'ouvrier professionnel au taux de 25 % du traitement de l'emploi occupé.

**Article 5 :** L'indemnité forfaitaire de service est servie mensuellement aux agents contractuels occupant les emplois d'agent de service, de conducteur d'automobile, de chef de parc et de gardien au taux de 25 % du traitement de l'emploi occupé.

**Article 6 :** L'indemnité de risque et d'astreinte est servie mensuellement aux agents contractuels occupant les emplois d'agent de prévention de niveau 1 et d'agent de prévention de niveau 2 au taux de 25 % du traitement de l'emploi occupé.

**Article 7 :** Les agents contractuels recrutés dans le cadre de l'article 20 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisé, bénéficient, selon le cas, de tout ou partie du régime indemnitaire attaché au grade correspondant à l'emploi qu'ils occupent.

Les primes et indemnités servies aux agents concernés sont fixées par arrêté conjoint du ministre des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 8 :** Les agents contractuels recrutés dans le cadre de l'article 21 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisé, bénéficient d'un régime indemnitaire fixé par l'arrêté prévu à l'article 11 du décret présidentiel n°07-308 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé.

**Article 9 :** Les primes et indemnités prévues à l'article 2 ci-dessus, sont soumises aux cotisations de sécurité sociale et de retraite.

**Article 10 :** Les modalités de mise en œuvre des dispositions du présent décret peuvent être précisées, en tant que de besoin, par instruction conjointe du ministre des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 11 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires aux dispositions du présent décret, notamment celles des décrets n°81-57 du 28 mars 1981 et n°88-219 du 2 novembre 1988 ainsi que celles du décret exécutif n°90-194 du 23 juin 1990, susvisés, en ce qui concerne les agents contractuels.

**Article 12 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 13 :** Le présent décret sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 Joumada El Oula 1431 correspondant au 13 mai 2010.

**Ahmed OUYAHIA.**



**Décret exécutif n° 08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique et du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125(alinéa 2) ;

Vu la loi n° 98-11 du 29 Rabie Ethani 1419 correspondant au 22 août 1998, modifiée et complétée, portant loi d'orientation et de programme à projection quinquennale sur la recherche scientifique et le développement technologique 1998-2002 ;

Vu la loi n° 99-05 du 18 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 4 avril 1999, modifiée et complétée, portant loi d'orientation sur l'enseignement supérieur ;

Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;

Vu le décret n° 74-200 du 1<sup>er</sup> octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret présidentiel n° 03-309 du 14 Rajab 1424 correspondant au 11 septembre 2003 portant organisation et gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger ;

Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;

Vu le décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;

Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales, des wilayas et des communes ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant ;

Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 94-236 du 25 Safar 1415 correspondant au 3 août 1994 fixant les modalités d'application de l'article 6 du décret exécutif n°89-122 du 18 juillet 1989, modifié et complété, portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps spécifiques de l'enseignement et de la formation supérieurs et de l'article 7 du décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés ;

Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 01-293 du 13 Rajab 1422 correspondant au 1<sup>er</sup> octobre 2001, modifié, relatif aux tâches d'enseignement et de formation assurées à titre d'occupation accessoire par des enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs, des personnels chercheurs et autres agents publics ;

Vu le décret exécutif n° 03-279 du 24 Joumada Ehania 1424 correspondant au 23 août 2003, modifié et complété, fixant les missions et les règles particulières d'organisation et de fonctionnement de l'université ;

Vu le décret exécutif n° 04-180 du 5 Joumada El Oula 1425 correspondant au 23 juin 2004 fixant les attributions, la composition et le fonctionnement du conseil d'éthique et de déontologie de la profession universitaire ;

Vu le décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ;

**Décète :**

TITRE I

**DISPOSITIONS GENERALES**

Chapitre 1<sup>er</sup>

**Champ d'application**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions des articles 3 et 11 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux fonctionnaires appartenant aux corps des enseignants chercheurs hospitalo-universitaires et de fixer la nomenclature y afférente ainsi que les conditions

D'accès aux grades et emplois correspondants.

**Article 2** : Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires sont en position d'activité dans les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel assurant des formations en sciences médicales et dans les établissements et structures hospitalo-universitaires.

**Article 3** : Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires sont gérés par le ministre chargé de l'enseignement supérieur. Néanmoins ils relèvent, dans l'exercice de leurs activités de santé, de l'autorité du ministre chargé de la santé.

Chapitre 2

**Droits et obligations**

**Article 4** : Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires, régis par les dispositions du présent statut, sont soumis aux droits et obligations prévus par l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, et les textes pris pour son application.

Ils sont, en outre, assujettis au règlement intérieur des établissements visés à l'article 2 ci-dessus.

**Article 5** : Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires, dans l'enseignement, la recherche et les activités de santé accomplissent une mission de service public d'enseignement supérieur et de santé.

A ce titre, ils sont tenus :

- de dispenser un enseignement de qualité et actualisé lié aux évolutions de la science et des connaissances, de la technologie et des méthodes pédagogiques et didactiques en conformité avec les normes éthiques et professionnelles ;
- de mener des activités de recherche-formation pour développer leurs aptitudes et leurs capacités à exercer la fonction d'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ;
- d'assurer des activités de santé de qualité ;
- de contribuer à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique nationale de santé ;
- de participer à l'élaboration du savoir et à sa diffusion ;
- d'assurer la transmission des connaissances au titre de la formation initiale et continue.

**Article 6 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires disposent de toutes les conditions nécessaires à l'accomplissement de leurs missions et à leur progression hospitalo-universitaire ainsi que des conditions d'hygiène et de sécurité inhérentes à la nature de leurs activités.

**Article 7 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires sont tenus d'assurer une charge d'enseignement dont le volume horaire annuel est fixé à 192 heures de cours. Ce volume horaire se traduit en 288 heures de travaux dirigés ou en 384 heures de travaux pratiques conformément à la péréquation suivante :

- une (1) heure de cours équivaut à une heure et demi (1 h 30 mn) de travaux dirigés et à deux (2) heures de travaux pratiques.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 8 :** Les maîtres assistants hospitalo-universitaires préparant une thèse de doctorat en sciences médicales peuvent bénéficier d'un aménagement de leur volume horaire d'enseignement.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 9 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires peuvent être appelés à exercer des activités de recherche scientifique au sein d'équipes ou de laboratoires de recherche, d'assurer la direction, ainsi que l'encadrement du doctorat en sciences médicales. Ces activités sont exercées dans le cadre d'un engagement individuel assorti d'un cahier des charges soumis à une évaluation annuelle.

Les conditions d'exercice et les modalités de rétribution de ces activités sont fixées par décret.

**Article 10 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires peuvent occuper des postes supérieurs structurels ou fonctionnels au sein des établissements et structures cités à l'article 2 ci-dessus.

Dans ce cas, leur volume horaire d'enseignement est modulable en fonction de la nature de leurs responsabilités, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires occupant des postes supérieurs ne peuvent être autorisés à effectuer des tâches d'enseignement et de formation à titre d'occupation accessoire.

**Article 11 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, des études, des expertises et des mises au point de procédés induits par les besoins du développement économique et social.

Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires bénéficient de la rétribution de leurs prestations de services selon les modalités et conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 12 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires exerçant une activité lucrative en application de l'article 44 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, ne peuvent être autorisés à effectuer des tâches d'enseignement et de formation à titre d'occupation accessoire.

**Article 13 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires bénéficient d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, pour participer à des congrès et séminaires à caractère national ou international en rapport avec leurs activités professionnelles selon les modalités et les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 14 :** Les professeurs hospitalo-universitaires et les maîtres de conférences hospitalo-universitaires classe A, ayant exercé durant cinq (5) années consécutives en cette qualité, peuvent bénéficier, une fois dans leur carrière, d'un congé scientifique d'une durée d'une année en vue d'actualiser leurs connaissances et de contribuer ainsi à l'amélioration du système pédagogique et au développement scientifique national. Durant cette année, ils sont considérés en position d'activité.

Dans ce cadre, les années d'exercice dans le grade de maître de conférences hospitalo-universitaire classe A sont appréciées cumulativement avec celles de professeur hospitalo-universitaire.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

**Article 15 :** Les maîtres-assistants hospitalo-universitaires préparant une thèse de doctorat en sciences médicales peuvent bénéficier d'un détachement dans les conditions fixées par le décret présidentiel n° 03-309 du 14 Rajab 1424 correspondant au 11 septembre 2003, susvisé.

### Chapitre 3

#### Stage - Avancement

**Article 16 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires recrutés sont dispensés de la période de stage.

**Article 17 :** Les rythmes d'avancement applicables aux enseignants chercheurs hospitalo-universitaires régis par le présent statut particulier sont fixés comme suit :

- selon la durée minimale pour les professeurs hospitalo-universitaires ;
- selon la durée minimale et moyenne pour les maîtres de conférences hospitalo-universitaires ;
- selon la durée minimale, moyenne et maximale pour les maîtres-assistants hospitalo-universitaires.

### Chapitre 4

#### Positions statutaires

**Article 18 :** Les proportions maximales d'enseignants chercheurs hospitalo-universitaires susceptibles d'être placés, sur leur demande, dans l'une des positions statutaires désignées ci-dessous, sont fixées, par établissement, comme suit :

- détachement : 10 % ;
- mise en disponibilité : 5 % ;
- hors cadre : 5 %.

Ces proportions sont calculées par référence aux effectifs réels de chaque grade.

### Chapitre 5

#### Mobilité

**Article 19 :** Nonobstant les dispositions de l'article 158 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 susvisée, la mutation de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ne peut être prononcée que sur sa demande.

### Chapitre 6

#### Formation

**Article 20 :** L'administration est tenue d'organiser de manière permanente, au profit des enseignants chercheurs hospitalo-universitaires, des cycles de formation continue et de perfectionnement destinés au développement de leurs aptitudes professionnelles et à l'actualisation de leurs connaissances dans leur domaine d'activités, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

### Chapitre 7

#### Evaluation

**Article 21 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires sont soumis à une évaluation continue et périodique.

A ce titre, ils sont tenus d'établir annuellement un rapport sur leurs activités scientifiques, pédagogiques et de santé au terme de l'année universitaire aux fins d'évaluation par les organes scientifiques et pédagogiques habilités.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

### Chapitre 8

#### Discipline

**Article 22 :** Outre les dispositions des articles 178 à 181 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Jourmada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, et en application de son article 182 est considéré comme faute professionnelle de quatrième (4<sup>ème</sup>) degré, pour les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires, le fait d'être auteurs ou complices de tout acte établi de plagiat, de falsification de résultats ou de fraude dans les travaux scientifiques revendiqués dans les thèses de doctorat ou dans le cadre de toutes autres publications scientifiques ou pédagogiques.

**Article 23 :** Les sanctions disciplinaires des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degrés prises à l'encontre des enseignants chercheurs hospitalo-universitaires sont prononcées par décision conjointe motivée du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, sur proposition du doyen de la faculté de médecine et/ou du chef d'établissement de santé concernés, après explications écrites de l'intéressé.

Les sanctions disciplinaires des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> degrés sont prononcées par décision conjointe du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, sur proposition du doyen de la faculté de médecine et/ou du chef d'établissement de santé concernés, après avis conforme de la commission paritaire concernée siégeant en conseil de discipline.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

#### Chapitre 9

#### Dispositions générales d'intégration

**Article 24 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires appartenant aux corps et grades prévus par le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, susvisé, sont intégrés, titularisés et reclassés à la date d'effet du présent décret, dans les corps et grades correspondants prévus par le présent statut particulier.

**Article 25 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires visés à l'article 24 ci-dessus sont classés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détenaient dans le grade d'origine. Le reliquat d'ancienneté acquis dans le grade d'origine est pris en compte pour l'avancement dans le grade d'accueil.

#### TITRE II

#### NOMENCLATURE DES CORPS

**Article 26 :** La nomenclature des corps des enseignants chercheurs hospitalo-universitaires est fixée comme suit :

- le corps des maîtres-assistants hospitalo-universitaires ;
- le corps des maîtres de conférences hospitalo-universitaires ;
- le corps des professeurs hospitalo-universitaires.

#### Chapitre 1<sup>er</sup>

#### Corps des maîtres-assistants hospitalo-universitaires

**Article 27 :** Le corps des maîtres-assistants hospitalo-universitaires comprend le grade de maître-assistant hospitalo-universitaire.

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 28 :** Le maître-assistant hospitalo-universitaire est chargé, sous le contrôle du responsable chargé de l'autorité pédagogique :

- de dispenser un enseignement sous forme de cours selon le volume horaire prévu à l'article 7 ci-dessus ;
- de préparer et d'actualiser ses cours ;
- d'élaborer des photocopies, des manuels et tout autre support pédagogique ;
- d'assurer l'enseignement pratique aux étudiants au lit du malade et en laboratoire ;
- d'assurer le bon déroulement des examens dont il a la charge, d'en préparer les sujets et d'en corriger les copies ;
- de participer aux délibérations des jurys d'examen ;
- de contribuer à élever le niveau des connaissances en sciences médicales.

**Article 29 :** Dans le domaine de la santé, le maître-assistant hospitalo-universitaire est chargé :

- d'assurer tous les soins liés à ses compétences, en particulier les soins optionnels et les soins de haut niveau ;
- d'assurer les prestations de santé liées à sa spécialité au sein des établissements et structures hospitalo-universitaires ;
- de contribuer, par la mise en oeuvre des programmes d'actions sanitaires, à une meilleure efficacité du système national de santé ;
- de contribuer à la hiérarchisation des soins en soins essentiels, soins optionnels et soins de haut niveau.

#### Section 2

#### Conditions de recrutement

**Article 30 :** Le maître-assistant hospitalo-universitaire est recruté par voie de concours sur épreuves parmi les titulaires du diplôme d'études médicales spéciales (D.E.M.S.) ou d'un diplôme reconnu équivalent.

**Article 31 :** Le concours de recrutement des maîtres-assistants hospitalo-universitaires est ouvert par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur établi en concertation avec le ministre chargé de la santé.

Cet arrêté fixe le nombre de postes mis en concours par spécialité et par structure hospitalo-universitaire.

Les modalités d'organisation et de déroulement du concours sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

**Article 32 :** Les résultats des concours sont proclamés en fonction des postes à pourvoir par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Les candidats admis sont nommés et titularisés dans le grade de maître-assistant hospitalo-universitaire.

**Article 33 :** Le maître-assistant hospitalo-universitaire est tenu d'exercer dans son poste d'affectation pendant une durée minimale de trois (3) ans.

**Article 34 :** Le candidat qui ne rejoint pas son poste d'affectation perd le bénéfice de son admission au concours et ne peut se représenter à un nouveau concours avant l'expiration d'un délai de trois (3) ans.

#### Section 3

#### Disposition transitoire

**Article 35 :** Les maîtres-assistants hospitalo-universitaires sont intégrés dans le grade de maître-assistant hospitalo-universitaire,

#### Chapitre 2

#### Corps des maîtres de conférences hospitalo-universitaires

**Article 36 :** Le corps des maîtres de conférences hospitalo-universitaires comporte deux (2) grades :

- le grade de maître de conférences hospitalo-universitaire classe B ;
- le grade de maître de conférences hospitalo-universitaire classe A.

Section 1  
**Maître de conférences hospitalo-universitaire**  
**Classe B**

Paragraphe 1<sup>er</sup>

**Définition des tâches**

**Article 37 :** Le maître de conférences hospitalo-universitaire classe B est chargé :

- de dispenser un enseignement sous forme de cours selon le volume horaire prévu à l'article 7 ci-dessus ;
- de préparer et d'actualiser ses cours ;
- d'élaborer des photocopiés, des manuels et tout autre support pédagogique ;
- d'assurer l'enseignement pratique des étudiants au lit du malade et en laboratoire ;
- d'assurer le bon déroulement des examens dont il a la charge, d'en préparer les sujets et d'en corriger les copies ;
- de participer aux délibérations des jurys d'examen ;
- de contribuer à élever le niveau des connaissances en sciences médicales.

**Article 38 :** Dans le domaine de la santé, le maître de conférences hospitalo-universitaire classe B est chargé :

- d'assurer tous les soins liés à ses compétences, en particulier les soins optionnels et les soins de haut niveau ;
- d'assurer les prestations de santé liées à sa spécialité au sein des établissements et structures hospitalo-universitaires ;
- de contribuer, par la mise en oeuvre des programmes d'actions sanitaires, à une meilleure efficacité du système national de santé ;
- de contribuer à la hiérarchisation des soins en soins essentiels, soins optionnels et soins de haut niveau.

Paragraphe 2

**Conditions de promotion**

**Article 39 :** Sont promus en qualité de maîtres de conférences hospitalo-universitaires classe B les maîtres assistants hospitalo-universitaires justifiant du diplôme de doctorat en sciences médicales.

Paragraphe 3

**Disposition transitoire**

**Article 40 :** Pour la constitution initiale du grade, sont intégrés, titularisés et reclassés à la date d'effet du présent décret, en qualité de maîtres de conférences hospitalo-universitaires classe B les maîtres-assistants hospitalo-universitaires titulaires du diplôme de doctorat en sciences médicales.

Section 2

**Maître de conférence hospitalo-universitaire**

**Classe A**

Paragraphe 1<sup>er</sup>

**Définition des tâches**

**Article 41 :** Le maître de conférences hospitalo-universitaire classe A est chargé :

- de dispenser un enseignement sous forme de cours selon le volume horaire prévu à l'article 7 ci-dessus ;
- de préparer et d'actualiser ses cours ;
- d'élaborer des photocopiés, des manuels et tout autre support pédagogique ;
- d'assurer l'enseignement pratique des étudiants au lit du malade et en laboratoire ;
- d'assurer le bon déroulement des examens dont il a la charge, d'en préparer les sujets et d'en corriger les copies ;
- de participer aux délibérations des jurys d'examen ;
- de contribuer à élever le niveau des connaissances en sciences médicales ;
- d'encadrer les maîtres-assistants hospitalo-universitaires dans la préparation de leurs cours.

**Article 42 :** Dans le domaine de la santé, le maître de conférences hospitalo-universitaire classe A est chargé :

- d'assurer tous soins liés à ses compétences, en particulier les soins optionnels et les soins de haut niveau ;
- d'assurer les prestations de santé liées à sa spécialité au sein des établissements et structures hospitalo-universitaires ;
- de contribuer par la conception, l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes d'actions sanitaires à une meilleure efficacité du système national de santé ;
- de contribuer à la hiérarchisation des soins en soins essentiels, soins optionnels et soins de haut niveau.

Paragraphe 2

**Conditions de recrutement**

**Article 43 :** Sont promus en qualité de maîtres de conférences hospitalo-universitaires classe A, par voie de concours sur épreuves et sur travaux pédagogiques et scientifiques les maîtres de conférences hospitalo-universitaires classe B.

**Article 44 :** Le concours de recrutement des maîtres de conférences hospitalo-universitaires classe A est ouvert par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur, établi en concertation avec le ministre chargé de la santé.

Cet arrêté fixe le nombre de postes mis en concours par spécialité et par structure hospitalo-universitaire.

Les modalités d'organisation et de déroulement du concours sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

**Article 45 :** Les résultats des concours sont proclamés en fonction des postes à pourvoir par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Les candidats admis sont nommés et titularisés dans le grade de maître de conférences hospitalo-universitaire classe A.

**Article 46 :** Le maître de conférences hospitalo-universitaire classe A est tenu d'exercer dans son poste d'affectation pendant une durée minimale de trois (3) ans.

**Article 48 :** Le candidat qui ne rejoint pas son poste d'affectation perd le bénéfice de son admission au concours et ne peut se représenter à un nouveau concours avant l'expiration d'un délai de trois (3) ans.

Paragraphe 3

**Disposition transitoire**

**Article 48 :** Les docents hospitalo-universitaires sont intégrés en qualité de maîtres de conférences hospitalo-universitaires classe A.

Chapitre 3

**Corps des professeurs hospitalo-universitaires**

**Article 49 :** Le corps des professeurs hospitalo-universitaires comprend le grade de professeur hospitalo-universitaire.

Section 1

**Définition des tâches**

**Article 50 :** Le professeur hospitalo-universitaire est chargé :

- de dispenser un enseignement sous forme de cours selon le volume horaire prévu à l'article 7 ci-dessus ;
- de préparer et d'actualiser ses cours ;
- d'élaborer des photocopiés, des manuels et tout autre support pédagogique ;
- d'assurer l'enseignement pratique des étudiants au lit du malade et en laboratoire ;
- d'assurer le bon déroulement des examens dont il a la charge, d'en préparer les sujets et d'en corriger les copies ;
- de participer aux délibérations des jurys d'examen ;

- de contribuer à élever le niveau des connaissances en sciences médicales ;
- de prendre en charge les activités de conception et d'expertise pédagogiques en matière d'élaboration des programmes d'enseignement, de mise en place de nouvelles formations, et d'évaluation de programmes et de cursus.

**Article 51 :** Dans le domaine de la santé, le professeur hospitalo-universitaire est chargé :

- d'assurer tous soins liés à ses compétences, en particulier les soins optionnels et les soins de haut niveau ;
- d'assurer des prestations de santé requises liées à sa spécialité au sein des établissements et structures hospitalo-universitaires,
- de contribuer par la conception, l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes d'actions sanitaires à une meilleure efficacité du système national de santé ;
- de contribuer à la hiérarchisation des soins en soins essentiels, soins optionnels et soins de haut niveau.

## Section 2

### Conditions de promotion

**Article 52 :** Sont promus en qualité de professeurs hospitalo-universitaires, par voie de concours sur titres et sur travaux pédagogiques et scientifiques, les maîtres de conférences hospitalo-universitaires classe A justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité.

**Article 53 :** Le concours de recrutement des professeurs hospitalo-universitaires est ouvert par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur, établi en concertation avec le ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe le nombre de postes par spécialité et par structure hospitalo-universitaire.

Les modalités d'organisation et de déroulement du concours sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

**Article 54 :** Les résultats des concours sont proclamés en fonction des postes à pourvoir par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Les candidats admis sont nommés et titularisés dans le grade de professeur hospitalo-universitaire.

**Article 55 :** Le professeur hospitalo-universitaire est tenu d'exercer dans son poste d'affectation pendant une durée minimale de trois (3) ans.

**Article 56 :** Le candidat qui ne rejoint pas son poste d'affectation perd le bénéfice de son admission au concours et ne peut se représenter à un nouveau concours avant l'expiration d'un délai de trois (3) ans.

## Section 3

### Disposition transitoire

**Article 57 :** Les professeurs hospitalo-universitaires sont intégrés dans le grade de professeur hospitalo-universitaire.

## Chapitre 4

### Professeur hospitalo-universitaire émérite

**Article 58 :** Il est institué le titre de professeur hospitalo-universitaire émérite.

**Article 59 :** Il est créé une commission nationale de l'éméritat en sciences médicales chargée d'évaluer les activités et les publications scientifiques et pédagogiques des professeurs hospitalo-universitaires candidats à la nomination au titre de professeur hospitalo-universitaire émérite.

A ce titre, la commission nationale de l'éméritat en sciences médicales soumet au ministre chargé de l'enseignement supérieur les critères d'évaluation et la grille de notations pour approbation.

La commission nationale de l'éméritat en sciences médicales est composée de professeurs hospitalo-universitaires émérites.

L'organisation et le fonctionnement de la commission sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

## Section 1

### Définition des tâches

**Article 60 :** Outre les tâches dévolues aux professeurs hospitalo-universitaires, le professeur hospitalo-universitaire émérite est chargé :

- d'assurer des conférences, séminaires et ateliers au niveau de la post-graduation en sciences médicales ;
- de recevoir les maîtres-assistants hospitalo-universitaires préparant le diplôme de doctorat en sciences médicales pour les conseiller et les orienter ;
- de participer à la détermination des axes de recherche prioritaires dans leur domaine de spécialité ;
- d'assurer des missions d'études, de conseil, d'expertise ou de coordination scientifique et/ou pédagogique.
- Le professeur hospitalo-universitaire émérite peut être appelé à effectuer des missions de représentation auprès d'instances nationales ou internationales.

## Section 2

### Conditions de nomination

**Article 61 :** Le professeur hospitalo-universitaire émérite est nommé, après avis de la commission nationale de l'éméritat en sciences médicales, parmi les professeurs hospitalo-universitaires justifiant des conditions suivantes :

- quinze (15) années d'exercice effectif en qualité de professeurs hospitalo-universitaires dont cinq (5) années en qualité de chefs de service ou de chefs de département pour les professeurs hospitalo-universitaires des disciplines fondamentales en sciences médicales ;
- avoir encadré les thèses de doctorat en sciences médicales jusqu'à leur soutenance en qualité de directeur de thèses et ce depuis sa nomination dans le grade de professeur hospitalo-universitaire ;
- avoir publié des articles dans des revues scientifiques de renommée établie depuis sa nomination dans le grade de professeur hospitalo-universitaire ;
- avoir publié des ouvrages à caractère scientifique des manuels et/ou photocopiés depuis sa nomination dans le grade de professeur hospitalo-universitaire.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

**Article 62 :** Les modalités de nomination au titre de professeur hospitalo-universitaire émérite sont fixées par un texte particulier.

## Section 3

### Disposition transitoire

**Article 63 :** Sont nommés au titre de professeur hospitalo-universitaire émérite, les professeurs hospitalo-universitaires justifiant de vingt (20) années d'exercice effectif en cette qualité dont dix (10) années en qualité de chefs de service ou de chefs de département pour les professeurs hospitalo-universitaires des disciplines fondamentales en sciences médicales, ainsi que de productions scientifiques et pédagogiques, après avis du conseil d'éthique et de déontologie de la profession universitaire.

## TITRE III

### DISPOSITIONS APPLICABLES AUX POSTES SUPERIEURS

**Article 64 :** En application de l'article 11 (alinéa 1<sup>er</sup>) de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la liste des postes supérieurs est fixée comme suit :

- chef de service hospitalo-universitaire ;
- chef d'unité hospitalo-universitaire.



**Article 65 :** Le service et l'unité hospitalo-universitaires sont définis par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

#### Chapitre 1<sup>er</sup>

##### Définition des tâches

**Article 66 :** Outre les tâches d'enseignement et de santé, le chef de service hospitalo-universitaire est chargé :

- de veiller au bon fonctionnement et à la discipline générale au sein du service dont il a la charge ;
- de proposer, à chaque début d'année, aux conseils scientifiques de la faculté, du centre hospitalo-universitaire ou au conseil médical des établissements hospitaliers assurant une activité hospitalo-universitaire, un programme d'activités du service tant en ce qui concerne les activités pédagogiques et scientifiques qu'en ce qui concerne les activités de santé ;
- d'élaborer des projets pour le service et de veiller à leur mise en oeuvre ;
- de coordonner les activités d'enseignement et de recherche et les activités de santé du service ;
- de proposer toutes méthodes ou tous procédés tendant à rendre efficient le fonctionnement du service ;
- d'établir annuellement un rapport sur l'exécution du programme arrêté destiné aux organes cités ci-dessus.

**Article 67 :** Outre les tâches d'enseignement et de santé, le chef d'unité hospitalo-universitaire est chargé, sous l'autorité du chef de service :

- de veiller au bon fonctionnement et à la discipline générale au sein de l'unité dont il a la charge ;
- de veiller au bon déroulement des enseignements et des activités de santé de l'unité ;
- de proposer au chef de service toutes méthodes ou tous procédés tendant à rendre efficient le fonctionnement de l'unité ;
- d'établir annuellement un rapport destiné au chef de service sur l'exécution du programme arrêté.

#### Chapitre 2

##### Conditions de nomination

**Article 68 :** Le chef de service hospitalo-universitaire est nommé, par voie de concours sur titres et travaux scientifiques et pédagogiques, parmi :

- les professeurs hospitalo-universitaires ;
- les maîtres de conférences hospitalo-universitaires classe A justifiant de deux (2) années d'exercice effectif en cette qualité.

Les modalités d'organisation et de déroulement du concours sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

**Article 69 :** Dans l'attente de l'organisation des concours d'accès au poste supérieur de chef de service, il peut être procédé au pourvoi du poste par la désignation d'un chef de service par intérim, parmi :

- les professeurs hospitalo-universitaires ;
- les maîtres de conférences hospitalo-universitaires classe A et classe B ;
- les maîtres-assistants hospitalo-universitaires justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité.

Les modalités de la désignation par intérim en qualité de chef de service sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

**Article 70 :** La nomination au poste supérieur de chef d'unité est prononcée, après inscription sur listes d'aptitude établies conjointement par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé de la santé et ouvertes respectivement :

- aux professeurs hospitalo-universitaires ;
- aux maîtres de conférences hospitalo-universitaires classe A et classe B ;
- aux maîtres-assistants hospitalo-universitaires justifiant de deux (2) années de service effectif en cette qualité.

Les modalités d'établissement des listes d'aptitude sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

**Article 71 :** Les nominations aux postes supérieurs de chef de service et de chef d'unité sont prononcées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

**Article 72 :** La nomination en qualité de chef de service par intérim est prononcée par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

Le pourvoi par intérim au poste de chef de service hospitalo-universitaire ne peut excéder une durée de deux (2) années renouvelable une fois pour une période d'une année au-delà de laquelle le poste est mis en concours.

**Article 73 :** Nonobstant les dispositions relatives aux durées minimales d'exercice dans leur poste d'affectation prévues aux articles 33, 46 et 55 ci-dessus, les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires peuvent postuler pour l'accès aux postes supérieurs de chef de service et de chef d'unité mis en concours dans un établissement ou une structure hospitalo-universitaires situés hors de leur lieu d'affectation.

#### TITRE IV

### CLASSIFICATION DES GRADES ET BONIFICATION INDICIAIRE DES POSTES SUPERIEURS

#### Chapitre 1<sup>er</sup>

##### Classification des grades

**Article 74 :** En application de l'article 118 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Jourmada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant des corps des enseignants chercheurs hospitalo-universitaires est fixée conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	CLASSEMENT	
		Hors catégorie	Indice minimal
Professeur hospitalo-universitaire	Professeur hospitalo-universitaire	Subdivision 7	1480
Maître de conférences hospitalo-universitaire	Maître de conférences hospitalo-universitaire classe A	Subdivision 6	1280
	Maître de conférences hospitalo-universitaire classe B	Subdivision 5	1200
Maître assistant hospitalo-universitaire	Maître assistant hospitalo-universitaire	Subdivision 3	1055

**Article 75 :** Les modalités de rétribution des activités de santé assurées par les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires sont fixées par décret.

**Article 76 :** Outre la rémunération de professeur hospitalo-universitaire, le professeur hospitalo-universitaire émérite perçoit une indemnité d'éméritat dont le montant et les modalités de service sont fixés par décret.

## Chapitre II

### Bonification indiciaire des postes supérieurs

**Article 77 :** En application des dispositions de l'article 3 du décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, la bonification indiciaire des postes supérieurs correspondant aux corps des enseignants chercheurs hospitalo-universitaires est fixée conformément au tableau ci-après :

POSTE SUPERIEUR	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Indice
Chef de service hospitalo-universitaire	14	705
Chef d'unité hospitalo-universitaire	12	495

## TITRE V

### DISPOSITIONS PARTICULIERES

**Article 78 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires de nationalité étrangère, en exercice en Algérie, ayant acquis la nationalité algérienne et titulaires d'un des grades prévus par le présent statut particulier sont intégrés dans le grade détenu à compter de la date d'acquisition de la nationalité algérienne.

**Article 79 :** Sont recrutés en qualité de professeurs hospitalo-universitaires ou de maîtres de conférences hospitalo-universitaires, les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires de nationalité algérienne, justifiant respectivement des grades de professeur hospitalo-universitaire, de maître de conférences hospitalo-universitaire ou de grades reconnus équivalents à l'un de ces deux (2) grades obtenus à l'étranger.

**Article 80 :** Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires, visés aux articles 78 et 79 ci-dessus, sont intégrés ou recrutés, selon le cas, et titularisés à la même date par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

**Article 81 :** L'ancienneté acquise par les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires, visés aux articles 78 et 79 ci-dessus, est validée au titre de l'indemnité d'expérience professionnelle à raison de 1,4 % par année d'activité.

**Article 82 :** L'ancienneté acquise à l'étranger par les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires, visés aux articles 78 et 79 ci-dessus, est prise en compte pour la promotion, la nomination à un poste supérieur ou la nomination au titre de professeur hospitalo-universitaire émérite.

**Article 83 :** Les modalités d'application des dispositions prévues par les articles 78 et 79 ci-dessus sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

## TITRE VI

### DISPOSITIONS FINALES

**Article 84 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 85 :** Les dispositions du décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, susvisé, sont abrogées. Toutefois, les textes pris pour son application continuent de produire leur plein effet jusqu'à l'intervention des textes d'application prévus par le présent décret.

**Article 86 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008.

**Abdelaziz BELKHADEM**

**Décret exécutif n° 08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu la loi n° 98-11 du 29 Rabie Ethani 1419 correspondant au 22 août 1998, modifiée et complétée, portant loi d'orientation et de programme à projection quinquennale sur la recherche scientifique et le développement technologique 1998-2002 ;  
Vu la loi n° 99-05 du 18 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 4 avril 1999, modifiée et complétée, portant loi d'orientation sur l'enseignement supérieur ;  
Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;  
Vu le décret n° 83-363 du 28 mai 1983 relatif à l'exercice de la tutelle pédagogique sur les établissements de formation supérieure ;  
Vu le décret n° 83-543 du 24 septembre 1983, modifié et complété, portant statut-type des instituts nationaux d'enseignement supérieur ;  
Vu le décret n° 85-243 du 1er octobre 1985, modifié, portant statut-type des instituts nationaux de formation supérieure ;  
Vu le décret présidentiel n° 03-309 du 14 Rajab 1424 correspondant au 11 septembre 2003 portant organisation et gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989, modifié et complété, portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps spécifiques de l'enseignement et de la formation supérieurs ;  
Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales, des wilayas et des communes ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant ;  
Vu le décret exécutif n° 94-236 du 25 Safar 1415 correspondant au 3 août 1994 fixant les modalités d'application de l'article 6 du décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989, modifié et complété, portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps spécifiques de l'enseignement et de la formation supérieurs et de l'article 7 du décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;  
Vu le décret exécutif n° 98-254 du 24 Rabie Ethani 1419 correspondant au 17 août 1998, modifié et complété, relatif à la formation doctorale, à la post-graduation spécialisée et à l'habilitation universitaire ;  
Vu le décret exécutif n° 01-293 du 13 Rajab 1422 correspondant au 1er octobre 2001, modifié, relatif aux tâches d'enseignement et de formation assurées à titre d'occupation accessoire par des enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs, des personnels chercheurs et autres agents publics ;  
Vu le décret exécutif n° 03-279 du 24 Joumada Ehania 1424 correspondant au 23 août 2003, modifié et complété, fixant les missions et les règles particulières d'organisation et de fonctionnement de l'université ;  
Vu le décret exécutif n° 04-180 du 5 Joumada El Oula 1425 correspondant au 23 juin 2004 fixant les attributions, la composition et le fonctionnement du conseil d'éthique et de déontologie de la profession universitaire ;  
Vu le décret exécutif n° 05-299 du 11 Rajab 1426 correspondant au 16 août 2005 fixant les missions et les règles particulières d'organisation et de fonctionnement du centre universitaire ;  
Vu le décret exécutif n° 05-500 du 27 Dhou El Kaada 1426 correspondant au 29 décembre 2005 fixant les missions et les règles particulières d'organisation et de fonctionnement de l'école hors université ;

**Décrète :**

**TITRE I  
DISPOSITIONS GENERALES**

**Chapitre 1<sup>er</sup>**

**Champ d'application**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions des articles 3 et 11 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux fonctionnaires appartenant aux corps des enseignants chercheurs, de fixer la nomenclature y afférente ainsi que les conditions d'accès aux grades et emplois correspondants.

**Article 2 :** Les enseignants chercheurs visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus sont en position d'activité au sein des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel et dans les établissements publics à caractère administratif assurant une mission de formation supérieure.

**Chapitre 2**

**Droits et obligations**

**Article 3 :** Les enseignants chercheurs régis par les dispositions du présent statut particulier sont soumis aux droits et obligations prévus par l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, et à l'ensemble des textes pris pour son application. Ils sont, en outre, assujettis au règlement intérieur des établissements visés à l'article 2 ci-dessus.

**Article 4 :** Les enseignants chercheurs, à travers l'enseignement et la recherche, accomplissent une mission de service public d'enseignement supérieur.

A ce titre, ils sont tenus de :

- dispenser un enseignement de qualité et actualisé, lié aux évolutions de la science et des connaissances, de la technologie et des méthodes pédagogiques et didactiques, en conformité avec les normes éthiques et professionnelles ;
- participer à l'élaboration du savoir et assurer la transmission des connaissances au titre de la formation initiale et continue ;
- mener des activités de recherche-formation pour développer leurs aptitudes et leurs capacités à exercer la fonction d'enseignant chercheur.

**Article 5 :** Les enseignants chercheurs disposent de toutes les conditions nécessaires à l'accomplissement de leurs missions et à leur progression universitaire, ainsi que des conditions d'hygiène et de sécurité inhérentes à la nature de leurs activités.



**Article 6 :** Les enseignants chercheurs sont tenus d'assurer une charge d'enseignement dont le volume horaire annuel de référence est fixé à 192 heures de cours.

Ce volume horaire se traduit en 288 heures de travaux dirigés ou en 384 heures de travaux pratiques conformément à la péréquation suivante : - une (1) heure de cours équivaut à une heure et demi (1h 30 mn) de travaux dirigés et à deux (2) heures de travaux pratiques.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 7 :** Les maîtres-assistants préparant une thèse de doctorat peuvent bénéficier d'un aménagement de leur volume horaire d'enseignement.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 8 :** Dans le cadre de la formation supérieure du premier cycle prévue par la loi n° 99-05 du 18 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 4 avril 1999, modifiée et complétée, susvisée, les enseignants chercheurs peuvent être appelés à exercer le tutorat nécessitant un suivi permanent de l'étudiant.

A ce titre, ils :

- aident l'étudiant dans son travail personnel (organisation et gestion de son emploi du temps, apprentissage des méthodes de travail propres à l'université, etc...)
- assistent l'étudiant dans l'accomplissement de son travail documentaire (maîtrise des outils bibliographiques et usage de la bibliothèque),
- assistent l'étudiant dans l'acquisition des techniques d'auto-évaluation et d'auto-formation.

**Article 9 :** Les enseignants chercheurs peuvent être appelés à exercer des activités de recherche scientifique au sein d'équipes ou de laboratoires de recherche, ou d'en assurer la direction, ainsi que d'encadrement de la formation doctorale.

Ces activités sont exercées dans le cadre d'un engagement individuel assorti d'un cahier des charges soumis à une évaluation annuelle.

Les conditions d'exercice et les modalités de rétribution de ces activités sont fixées par décret.

**Article 10 :** Les enseignants chercheurs peuvent être appelés à occuper des postes supérieurs structurels ou fonctionnels au sein des établissements prévus à l'article 2 ci-dessus.

Dans ce cas, leur volume horaire d'enseignement est modulable en fonction de la nature de leurs responsabilités, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Les enseignants chercheurs occupant des postes supérieurs ne peuvent être autorisés à effectuer des tâches d'enseignement et de formation à titre d'occupation accessoire.

**Article 11 :** Les enseignants chercheurs peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, des études, des expertises et des mises au point de procédés induits par les besoins du développement économique et social.

Les enseignants chercheurs bénéficient de la rétribution de leurs prestations de services selon les modalités et conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 12 :** Les enseignants chercheurs exerçant une activité lucrative, en application de l'article 44 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, ne peuvent être autorisés à effectuer des tâches d'enseignement et de formation à titre d'occupation accessoire.

**Article 13 :** Les enseignants chercheurs bénéficient d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, pour participer à des congrès et séminaires à caractère national ou international en rapport avec leurs activités professionnelles selon les modalités et les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 14 :** Les professeurs et les maîtres de conférences classe A, ayant exercé durant cinq (5) années consécutives en cette qualité, peuvent bénéficier, une fois dans leur carrière, d'un congé scientifique d'une durée d'une année en vue d'actualiser leurs connaissances et de contribuer ainsi à l'amélioration du système pédagogique et au développement scientifique national. Durant cette année ils sont considérés en position d'activité.

Dans ce cadre, les années d'exercice dans le grade de maître de conférences classe A sont appréciées cumulativement avec celles de professeur.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

**Article 15 :** Les maîtres-assistants préparant une thèse de doctorat peuvent bénéficier d'un détachement dans les conditions fixées par le décret présidentiel n° 03-309 du 14 Rajab 1424 correspondant au 11 septembre 2003, susvisé.

### Chapitre 3

#### Recrutement, titularisation, promotion et avancement

**Article 16 :** Les enseignants chercheurs régis par le présent décret sont recrutés en qualité de stagiaires et sont astreints à l'accomplissement d'un stage probatoire d'une durée d'une année.

A l'issue de la période de stage probatoire, les stagiaires sont soit titularisés, soit astreints à une prorogation de stage probatoire une fois pour la même durée, soit licenciés sans préavis ni indemnités.

**Article 17 :** La titularisation des enseignants chercheurs est prononcée par le responsable de l'établissement, sur proposition du doyen de la faculté, du directeur de l'institut ou du chef de département de l'école, après avis :

- du comité scientifique du département pour ce qui est de la faculté et de l'école,
- du conseil scientifique de l'institut pour ce qui est de l'institut au sein de l'université et de l'institut du centre universitaire.

Les propositions de prolongation de stage et de licenciement sont nécessairement soumises à l'avis de l'organe d'évaluation pédagogique et scientifique immédiatement supérieur.

**Article 18 :** En application de l'article 108 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les enseignants chercheurs promus à un grade immédiatement supérieur relevant du même corps ou du corps immédiatement supérieur sont dispensés du stage.

**Article 19 :** Les rythmes d'avancement applicables aux enseignants chercheurs sont fixés comme suit :

- selon la durée minimale pour les professeurs,
- selon la durée minimale et moyenne pour les maîtres de conférences,
- selon la durée minimale, moyenne et maximale pour les maîtres-assistants.

### Chapitre 4

#### Positions statutaires

**Article 20 :** Les proportions maximales des enseignants chercheurs susceptibles d'être placés, sur leur demande, dans l'une des positions statutaires désignées ci-dessous, sont fixées, par établissement, comme suit :

- détachement : 10 %
- mise en disponibilité : 5 %
- hors cadre : 5 %

Les proportions visées à l'alinéa ci-dessus sont calculées par référence aux effectifs réels de chaque grade.

### Chapitre 5

## Mobilité

**Article 21:** Nonobstant les dispositions de l'article 158 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la mutation de l'enseignant chercheur ne peut être prononcée que sur sa demande.

## Chapitre 6

### Formation

**Article 22:** L'administration est tenue d'organiser de manière permanente, au profit des enseignants chercheurs, une formation continue destinée au perfectionnement et au développement de leurs aptitudes professionnelles ainsi qu'à l'actualisation de leurs connaissances dans leur domaine d'activités, selon les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

## Chapitre 7

### Evaluation

**Article 23:** Les enseignants chercheurs sont soumis à une évaluation continue et périodique.

A ce titre, ils sont tenus d'établir annuellement un rapport sur leurs activités scientifiques et pédagogiques au terme de l'année universitaire aux fins d'évaluation par les organes scientifiques et pédagogiques habilités.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

## Chapitre 8

### Discipline

**Article 24:** Outre les dispositions des articles 178 à 181 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, et en application de son article 182, est considéré comme faute professionnelle de quatrième (4<sup>ème</sup>) degré, le fait pour les enseignants chercheurs, d'être auteurs ou complices de tout acte établi de plagiat, de falsification de résultats ou de fraude dans les travaux scientifiques revendiqués dans les thèses de doctorat ou dans le cadre de toutes autres publications scientifiques ou pédagogiques.

## Chapitre 9

### Dispositions générales d'intégration

**Article 25:** Les enseignants chercheurs appartenant aux corps et grades de la filière d'enseignement et de formation supérieurs prévus par le décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989, susvisé, sont intégrés, titularisés et reclassés, à la date d'effet du présent décret, dans les corps et grades correspondants prévus par le présent statut particulier.

**Article 26:** Les enseignants chercheurs visés à l'article 25 ci-dessus sont classés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détiennent dans leur grade d'origine. Le reliquat d'ancienneté acquis dans le grade d'origine est pris en compte pour l'avancement dans le grade d'accueil.

**Article 27:** Les stagiaires nommés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont intégrés en qualité de stagiaires et titularisés après accomplissement de la période d'essai prévue par le décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989, susvisé.

## TITRE II

### NOMENCLATURE DES CORPS

**Article 28:** La nomenclature des corps des enseignants chercheurs est fixée comme suit :

- le corps des assistants,
- le corps des maîtres-assistants,
- le corps des maîtres de conférences,
- le corps des professeurs.

## Chapitre 1<sup>er</sup>

### Corps des assistants

**Article 29:** Le corps des assistants est maintenu en voie d'extinction.

## Section 1

### Définition des tâches

**Article 30:** L'assistant est chargé :

- d'assurer des travaux dirigés ou des travaux pratiques selon le volume horaire prévu à l'article 6 ci-dessus ;
- de corriger les copies des examens dont il a la charge ;
- de participer aux délibérations des jurys d'examen ;
- de participer aux travaux de son équipe ou de son comité pédagogique.

## Section 2

### Disposition transitoire

**Article 31:** Les assistants sont intégrés dans le grade d'assistant.

## Chapitre 2

### Corps des maîtres-assistants

**Article 32:** Le corps des maîtres-assistants comporte deux (2) grades :

- le grade de maître-assistant classe B
- le grade de maître-assistant classe A

## Section 1

### Maître-assistant classe B

## Paragraphe 1<sup>er</sup>

### Définition des tâches

**Article 33:** Le maître-assistant classe B est chargé :

- d'assurer des travaux dirigés ou des travaux pratiques selon le volume horaire prévu à l'article 6 ci-dessus,
- de corriger les copies des examens dont il a la charge ;
- de participer aux délibérations des jurys d'examen ;
- de participer aux travaux de son équipe ou de son comité pédagogique ;
- de recevoir les étudiants trois (3) heures par semaine pour les conseiller et les orienter.

## Paragraphe 2

### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 34:** Sont recrutés en qualité de maîtres-assistants classe B, par décision du responsable de l'établissement :

- sur titres, les titulaires du doctorat d'Etat ou du diplôme de docteur en sciences ou d'un diplôme reconnu équivalent ;
- par voie de concours sur titres, les titulaires du diplôme de magister ou d'un diplôme reconnu équivalent.

Le diplôme de magister obtenu dans le cadre du décret exécutif n° 98-254 du 24 Rabie Ethani 1419 correspondant au 17 août 1998, modifié et complété, susvisé, ou le diplôme reconnu équivalent doivent avoir été délivrés au moins avec la mention « assez bien ».

**Article 35:** Sont promus en qualité de maîtres-assistants classe B les assistants ayant obtenu, après leur recrutement sur titres, le diplôme de magister ou un diplôme reconnu équivalent.

## Paragraphe 3

### Disposition transitoire

**Article 36:** Sont intégrés, dans le grade de maître-assistant classe B les maîtres-assistants titulaires et stagiaires.

## Section 2

**Maître-assistant classe A**  
Paragraphe 1<sup>er</sup>  
**Définition des tâches**

**Article 37 :** Le maître-assistant classe A est chargé :

- d'assurer un enseignement dispensé sous forme de cours et/ou, le cas échéant, de travaux dirigés ou de travaux pratiques selon le volume horaire prévu à l'article 6 ci-dessus ;
- de préparer et d'actualiser ses cours ;
- de corriger les copies des examens dont il a la charge ;
- de participer aux délibérations des jurys d'examen ;
- de participer aux travaux de son équipe ou de son comité pédagogique ;
- de recevoir les étudiants trois (3) heures par semaine pour les conseiller et les orienter.

Paragraphe 2

**Conditions de promotion**

**Article 38 :** Sont promus, par décision du responsable de l'établissement, en qualité de maîtres-assistants classe A les maîtres-assistants classe B titulaires justifiant de trois (3) inscriptions consécutives en doctorat, sur proposition du doyen de la faculté, du directeur de l'institut ou du chef de département de l'école, après avis :

- du comité scientifique du département pour ce qui est de la faculté et de l'école,
- du conseil scientifique de l'institut, pour ce qui est de l'institut au sein de l'université et de l'institut du centre universitaire.

Paragraphe 3

**Disposition transitoire**

**Article 39 :** Pour la constitution initiale du grade, sont intégrés, titularisés et reclassés, à la date d'effet du présent décret, dans le grade de maître-assistant classe A les maîtres-assistants nommés au poste supérieur de chargé de cours prévu à l'article 50 du décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989, modifié et complété, susvisé.

Chapitre 3

**Corps des maîtres de conférences**

**Article 40 :** Le corps des maîtres de conférences comporte deux (2) grades :

- le grade de maître de conférences classe B
- le grade de maître de conférences classe A

Section 1

**Maître de conférences classe B**

Paragraphe 1<sup>er</sup>

**Définition des tâches**

**Article 41 :** Le maître de conférences classe B est chargé :

- d'assurer un enseignement dispensé sous forme de cours selon le volume horaire prévu à l'article 6 ci-dessus,
- de préparer et d'actualiser ses cours ;
- d'assurer l'élaboration de photocopiés, de manuels et de tout autre support pédagogique ;
- d'assurer le bon déroulement des examens dont il a la charge ;
- de participer aux délibérations des jurys d'examen, à la préparation des sujets et à la correction des copies d'examens ;
- de participer aux travaux de son équipe et/ou comité pédagogiques ;
- d'assurer l'encadrement des activités de formation externe des étudiants ;
- de recevoir les étudiants trois (3) heures par semaine pour les conseiller et les orienter.

Paragraphe 2

**Conditions de promotion**

**Article 42 :** Sont promus, par décision du responsable de l'établissement, en qualité de maîtres de conférences classe B :

- les maîtres-assistants classe B titulaires, justifiant du diplôme de doctorat en sciences ou d'un diplôme reconnu équivalent,
- les maîtres-assistants classe A ayant obtenu le diplôme de doctorat en sciences ou un diplôme reconnu équivalent.

Paragraphe 3

**Disposition transitoire**

**Article 43 :** Pour la constitution initiale du grade, sont intégrés, titularisés et reclassés, à la date d'effet du présent décret, en qualité de maîtres de conférences classe B, les maîtres-assistants titulaires justifiant du diplôme de doctorat en sciences ou d'un diplôme reconnu équivalent.

Section 2

**Maître de conférences classe A**

Paragraphe 1<sup>er</sup>

**Définition des tâches**

**Article 44 :** Le maître de conférences classe A est chargé :

- d'assurer un enseignement sous forme de cours selon le volume horaire prévu à l'article 6 ci-dessus ;
- de préparer et d'actualiser ses cours ;
- d'assurer l'élaboration de photocopiés, de manuels et de tout autre support pédagogique ;
- d'assurer le bon déroulement des examens dont il a la charge ;
- de participer aux délibérations des jurys d'examen, à la préparation des sujets et à la correction des copies d'examens ;
- de participer aux travaux de son équipe et/ou de son comité pédagogiques ;
- de participer aux activités de conception et d'expertise pédagogiques en matière d'élaboration de programme d'enseignement, de mise en place de nouvelles formations et d'évaluation de programmes et de cursus ;
- d'assurer l'encadrement des maîtres-assistants dans la préparation et la mise à jour des travaux dirigés et des travaux pratiques ;
- d'assurer l'encadrement de la formation pédagogique des enseignants stagiaires ;
- d'assurer l'encadrement des activités de formation externe des étudiants ;
- de recevoir les étudiants trois (3) heures par semaine pour les conseiller et les orienter.

Paragraphe 2

**Conditions de promotion**

**Article 45 :** Sont promus, par décision du responsable de l'établissement, en qualité de maîtres de conférences classe A :

- les maîtres de conférences classe B justifiant de l'habilitation universitaire ou d'un titre reconnu équivalent,
- les maîtres-assistants classe A ayant obtenu le doctorat d'Etat ou un diplôme reconnu équivalent,
- les maîtres-assistants classe B titulaires, justifiant du doctorat d'Etat ou d'un diplôme reconnu équivalent.

Paragraphe 3  
**Disposition transitoire**

**Article 46 :** Sont intégrés dans le grade de maître de conférences classe A les maîtres de conférences.

Chapitre 4

**Corps des professeurs**

**Article 47 :** Le corps des professeurs comporte le grade de professeur.

**Article 48 :** Il est institué une commission universitaire nationale (C.U.N.) chargée d'évaluer les activités et les publications scientifiques et pédagogiques et des maîtres de conférences classe A candidats à la promotion au grade de professeur.

La commission universitaire nationale établit les critères d'évaluation et la grille de notation y afférente et les soumet à l'approbation du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Les membres de la commission sont désignés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur parmi les enseignants chercheurs appartenant au corps des professeurs et justifiant au moins de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité.

L'organisation et le fonctionnement de la commission sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Section 1

**Définition des tâches**

**Article 49 :** Le professeur est chargé :

- d'assurer un enseignement dispensé sous forme de cours selon le volume horaire prévu à l'article 6 ci-dessus ;
- de préparer et d'actualiser ses cours ;
- d'élaborer des polycopiés, des manuels et tout autre support pédagogique ;
- d'assurer le bon déroulement des examens dont il a la charge ;
- de participer aux délibérations des jurys d'examen, à la préparation des sujets et à la correction des copies d'examens ;
- de participer aux travaux de son équipe et/ou de son comité pédagogiques ;
- d'assurer l'encadrement des maîtres-assistants dans la préparation et la mise à jour des travaux dirigés et des travaux pratiques ;
- d'assurer l'encadrement de la formation pédagogique des enseignants stagiaires ;
- d'assurer des activités de conception et d'expertise pédagogiques en matière d'élaboration de programmes d'enseignement, de mise en place de nouvelles formations et d'évaluation de programmes et de cursus ;
- de recevoir les étudiants trois (3) heures par semaine pour les conseiller et les orienter.

Section 2

**Conditions de promotion**

**Article 50 :** Sont promus au grade de professeur, après avis de la commission universitaire nationale (C.U.N.) instituée ci-dessus, les maîtres de conférences classe A justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité, inscrits sur une liste d'aptitude établie par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

La promotion au grade de professeur est prononcée par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ou, le cas échéant, par arrêté conjoint avec le ministre concerné.

Section 3

**Disposition transitoire**

**Article 51 :** Sont intégrés dans le grade de professeur les professeurs.

Chapitre 5

**Professeur émérite**

**Article 52 :** Il est institué le titre de professeur émérite.

**Article 53 :** Il est institué une commission nationale de l'éméritat chargée d'évaluer les activités et les publications scientifiques et pédagogiques des professeurs candidats à la nomination au titre de professeur émérite.

La commission nationale de l'éméritat établit les critères d'évaluation et la grille de notation y afférente et les soumet à l'approbation du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Les membres de la commission sont désignés, par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur parmi les enseignants chercheurs justifiant du titre de professeur émérite.

L'organisation et le fonctionnement de la commission sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Section 1

**Définition des tâches**

**Article 54 :** Outre les tâches dévolues aux professeurs, le professeur émérite est chargé :

- d'assurer des conférences, séminaires et ateliers au niveau de la formation doctorale,
- de recevoir les étudiants en doctorat pour les conseiller et les orienter,
- de participer à la détermination des axes de recherche prioritaires dans leur domaine,
- d'assurer des missions d'études, de conseil, d'expertise ou de coordination scientifiques et/ou pédagogiques ;
- le professeur peut être appelé à effectuer des missions de représentation auprès d'instances nationales ou internationales.

Section 2

**Conditions de nomination**

**Article 55 :** Sont nommés au titre de professeur émérite, après avis de la commission nationale de l'éméritat, les professeurs remplissant les conditions suivantes :

- quinze (15) années d'exercice effectif en qualité de professeur,
- avoir encadré jusqu'à leur soutenance des doctorats et/ou des magisters en qualité de directeur de thèse, depuis sa nomination dans le grade de professeur,
- avoir publié des articles dans des revues scientifiques de renommée établie depuis sa nomination dans le grade de professeur,
- avoir publié des ouvrages à caractère scientifique, des manuels et/ou polycopiés, depuis sa nomination dans le grade de professeur.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 56 :** Les modalités de nomination au titre de professeur émérite sont fixées par un texte particulier.

Section 3

**Disposition transitoire**

**Article 57 :** Sont nommés au titre de professeur émérite les professeurs justifiant, à la date d'effet du présent décret, de vingt (20) années d'exercice effectif en cette qualité ainsi que de productions scientifiques et pédagogiques depuis l'accès au grade de professeur, après avis du conseil d'éthique et de déontologie de la profession universitaire.

TITRE III

**DISPOSITIONS APPLICABLES AUX POSTES SUPERIEURS**

**Article 58 :** En application de l'article 11 (alinéa 1<sup>er</sup>) de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Jourmada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la liste des postes supérieurs correspondant aux corps des enseignants chercheurs est fixée comme suit :

- responsable de l'équipe du domaine de formation,
- responsable de l'équipe de la filière de formation,
- responsable de l'équipe de la spécialité.

**Article 59 :** Le nombre de postes supérieurs prévus à l'article 58 ci-dessus est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre chargé des finances, du ministre concerné, et, le cas échéant, de l'autorité chargée de la fonction publique.

#### Chapitre 1<sup>er</sup>

##### Définition des tâches

**Article 60 :** Le responsable de l'équipe du domaine de formation est chargé :

- d'animer les travaux de l'équipe du domaine de formation,
- de proposer le programme pédagogique des parcours de formation,
- de prévoir les passerelles entre les parcours de formation en vue de l'orientation progressive des étudiants,
- de mettre au point des méthodes pédagogiques adaptées,
- d'organiser l'évaluation des formations et des enseignements,
- de veiller à la cohérence des parcours et de se prononcer sur l'opportunité du maintien ou de la modification d'un parcours de formation,
- de veiller à la cohérence globale des stages prévus par la formation,
- d'assister le chef de département dans la gestion pédagogique de la formation supérieure de graduation.

**Article 61 :** Le responsable de l'équipe de la filière de formation est chargé :

- d'animer les travaux de l'équipe de la filière de formation,
- de proposer la liste des spécialités composant la filière,
- de proposer l'ouverture ou la fermeture de spécialités dans la filière,
- de suivre la mise en place du tutorat dans le premier cycle,
- de mettre en place une démarche de réalisation et de suivi des stages,
- de proposer les mesures pédagogiques pour le bon fonctionnement des tronc communs de la formation supérieure de graduation.

**Article 62 :** Le responsable de l'équipe de la spécialité est chargé :

- d'animer les travaux de l'équipe de la spécialité,
- de veiller à la réalisation des objectifs de la formation dans la spécialité dont il a la charge,
- de proposer toute mesure d'amélioration du programme de formation de la spécialité,
- de promouvoir et de dynamiser les mécanismes d'insertion professionnelle des diplômés,
- de proposer les mesures pédagogiques pour le bon fonctionnement des spécialités de la formation supérieure de graduation.

#### Chapitre 2

##### Conditions de nomination

**Article 63 :** Le responsable de l'équipe du domaine de formation est nommé pour une période de trois (3) ans, renouvelable une fois, parmi les professeurs ou les maîtres de conférences classe A sur proposition du responsable de l'établissement, après avis du conseil scientifique, par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ou, le cas échéant, par arrêté conjoint avec le ministre concerné.

**Article 64 :** Le responsable de l'équipe de la filière de formation est nommé pour une période de trois (3) ans, renouvelable une fois, parmi les maîtres de conférences classe A et B et les maîtres-assistants classe A, par décision du responsable de l'établissement, sur proposition du doyen de la faculté, du directeur de l'institut ou du chef de département, après avis du conseil scientifique de la faculté, de l'institut ou de l'école.

**Article 65 :** Le responsable de l'équipe de spécialité est nommé pour une période de trois (3) ans, renouvelable une fois, parmi les enseignants chercheurs justifiant au moins du grade de maître-assistant classe A, par décision du responsable de l'établissement, sur proposition du doyen de la faculté, du directeur de l'institut ou du chef de département, après avis du conseil scientifique de la faculté, de l'institut ou de l'école.

**Article 66 :** La composition et les modalités de fonctionnement de l'équipe du domaine de formation, de l'équipe de la filière formation et de l'équipe de spécialité sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

#### TITRE IV

### CLASSIFICATION DES GRADES ET BONIFICATION INDICIAIRE DES POSTES SUPÉRIEURS

#### Chapitre 1<sup>er</sup>

##### Classification des grades

**Article 67 :** En application de l'article 118 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Jourmada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant des corps des enseignants chercheurs est fixée conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADES		CLASSEMENT		
			Catégorie	Indice minimal	
Professeur	Professeur	e i r o g é t a c s r o H	Subdivision 7	1480	
Maître de conférences	Maître de conférences A		Subdivision 6	1280	
	Maître de conférences B		Subdivision 4	1125	
Maître-assistant	Maître-assistant A			Subdivision 3	1055
	Maître-assistant B			Subdivision 1	930
Assistant	Assistant		Catégorie 13	578	

**Article 68 :** Outre la rémunération de professeur, le professeur émérite perçoit une indemnité d'éméritat dont le montant et les conditions de service sont fixées par décret.

## Chapitre 2

### Bonification indiciaire des postes supérieurs

**Article 69 :** En application de l'article 3 du décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, la bonification indiciaire des postes supérieurs correspondant aux corps des enseignants chercheurs est fixée conformément au tableau ci-après :

POSTES SUPERIEURS	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Indice
Responsable de l'équipe du domaine de formation	12	495
Responsable de l'équipe de la filière de formation	11	405
Responsable de l'équipe de la spécialité	10	325

**Article 72 :** Les enseignants chercheurs, visés aux articles 70 et 71 ci-dessus, sont intégrés ou recrutés selon le cas et titularisés à la même date par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ou, le cas échéant, par arrêté conjoint avec le ministre concerné.

**Article 73 :** L'ancienneté acquise par les enseignants chercheurs, visés aux articles 70 et 71 ci-dessus, est validée au titre de l'indemnité d'expérience professionnelle, à raison de 1,4% par année d'activité.

**Article 74 :** L'ancienneté acquise par les enseignants chercheurs, visés aux articles 70 et 71 ci-dessus, est prise en compte pour la promotion à un grade ou un corps supérieur ainsi que pour la nomination à un poste supérieur ou au titre de professeur émérite.

#### TITRE V

#### DISPOSITIONS PARTICULIERES

**Article 70 :** Les enseignants chercheurs de nationalité étrangère en exercice en Algérie ayant acquis la nationalité algérienne et titulaires d'un des grades prévus par le présent statut particulier sont intégrés dans le grade détenu à compter de la date d'acquisition de la nationalité algérienne.

**Article 71 :** Sont recrutés en qualité de professeurs ou de maîtres de conférences, les enseignants chercheurs de nationalité algérienne, justifiant du grade de professeur ou de maître de conférences ou de grades reconnus équivalents obtenus à l'étranger.

#### TITRE VI

#### DISPOSITIONS FINALES

**Article 75 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 76 :** Les dispositions du décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989, susvisé, sont abrogées.

Toutefois, les textes pris pour son application continuent de produire leur plein effet jusqu'à l'intervention des textes d'application prévus par le présent décret.

**Article 77 :** Le présent décret sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire

Fait à Alger, le 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008.

**Abdelaziz BELKHADEM.**



**Décret exécutif n° 08-131 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut  
particulier du chercheur permanent.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu le décret législatif n° 93-17 du 23 Joumada Ethania 1414 correspondant au 7 décembre 1993 relatif à la protection des inventions ;  
Vu la loi n° 98-11 du 29 Rabie Ethani 1419 correspondant au 22 août 1998, modifiée et complétée, portant loi d'orientation et de programmation à projection quinquennale sur la recherche scientifique et le développement technologique 1998-2002 ;  
Vu la loi n° 99-05 du 18 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 4 avril 1999, modifiée et complétée, portant loi d'orientation sur l'enseignement supérieur ;  
Vu l'ordonnance n° 03-05 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative aux droits d'auteur et aux droits voisins ;  
Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada El Oula 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;  
Vu le décret n° 86-52 du 18 mars 1986, modifié, portant statut-type des travailleurs du secteur de la recherche scientifique et technique ;  
Vu le décret présidentiel n° 03-309 du 14 Rajab 1424 correspondant au 11 septembre 2003 portant organisation et gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;  
Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales, des wilayas et des communes ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant ;  
Vu le décret exécutif n° 98-254 du 24 Rabie Ethani 1419 correspondant au 17 août 1998, modifié et complété, relatif à la formation doctorale, à la post-graduation spécialisée et à l'habilitation universitaire ;  
Vu le décret exécutif n° 99-256 du 8 Chaâbane 1420 correspondant au 16 novembre 1999, modifié, fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement de l'établissement public à caractère scientifique et technologique ;  
Vu le décret exécutif n° 01-293 du 13 Rajab 1422 correspondant au 1er octobre 2001, modifié, relatif aux tâches d'enseignement et de formation assurées à titre d'occupation accessoire par des enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs, des personnels chercheurs et autres agents publics ;

**Décrète:**

TITRE I

**Dispositions générales**

Chapitre 1<sup>er</sup>

**Champ d'application**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application de l'article 3 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux corps des chercheurs permanents, d'en fixer la nomenclature ainsi que les conditions d'accès aux divers grades correspondants.

**Article 2 :** Les chercheurs permanents régis par les dispositions du présent statut particulier exercent une activité de recherche scientifique et de développement technologique au sein des établissements publics à caractère scientifique et technologique.

Les corps des chercheurs permanents peuvent être placés en position d'activité dans les établissements publics à caractère administratif assurant une activité de recherche scientifique par arrêté conjoint du ministre chargé de la recherche scientifique, du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Chapitre 2

**Droits et obligations**

**Article 3 :** Les chercheurs permanents, régis par les dispositions du présent statut particulier, sont soumis aux droits et obligations prévus par l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, et assujettis au règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils exercent.

**Article 4 :** Les chercheurs permanents assurent des activités de recherche scientifique et de développement technologique dans le cadre de l'atteinte des objectifs définis par la loi n° 98-11 du 29 Rabie Ethani 1419 correspondant au 22 août 1998, modifiée et complétée, susvisée.

A ce titre, ils sont tenus :

- d'œuvrer à l'accroissement des capacités de compréhension et de maîtrise des sciences et technologies
- et de leur transfert et application dans tous les secteurs d'activités ;
- de contribuer à l'élaboration et à l'accroissement des connaissances scientifiques ;
- de concevoir des produits, des méthodes et des systèmes et /ou contribuer de manière substantielle à leur amélioration;
- de développer les capacités nationales en matière d'études, d'expertise et d'engineering;
- d'assurer la valorisation des résultats de la recherche;
- de contribuer à l'acquisition et à la diffusion de l'information scientifique et technique et de la culture scientifique et technique au sein de la société ;
- de contribuer à l'amélioration du système éducatif d'enseignement et de formation.

**Article 5 :** L'administration est tenue, dans le cadre de la réglementation en vigueur, d'assurer toutes les conditions nécessaires à l'accomplissement des missions statutaires des chercheurs permanents régis par le présent décret et à la réalisation de leur progression professionnelle. En outre, ils bénéficient des conditions d'hygiène et de sécurité inhérentes à la nature de leurs activités.

**Article 6 :** Les chercheurs permanents peuvent être autorisés à accéder à leurs lieux de travail en dehors des horaires légaux de travail selon les modalités et conditions fixées par le ministre chargé de la recherche scientifique.

**Article 7 :** Dans le respect de leurs tâches statutaires, les chercheurs permanents peuvent être appelés à participer à des travaux d'évaluation, d'expertise au sein des conseils, commissions, comités ou jurys liés à leur domaine de compétence.

**Article 8 :** Les chercheurs permanents peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, une assistance technique des études, des recherches, des formations ou le transfert du savoir.

A ce titre, ils bénéficient de la rétribution de leurs prestations de services selon les modalités et les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 9 :** Les chercheurs permanents exerçant une activité lucrative en application de l'article 44 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, ne peuvent être autorisés à effectuer des tâches d'enseignement et de formation à titre d'occupation accessoire.

**Article 10 :** Les chercheurs permanents peuvent être appelés à occuper des postes supérieurs structurels ou fonctionnels au sein des établissements prévus à l'article 2 ci-dessus.

A ce titre, ils ne peuvent être autorisés à effectuer des tâches d'enseignement et de formation à titre d'occupation accessoire.

**Article 11 :** Les chercheurs permanents bénéficient d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, pour participer à des congrès et séminaires à caractère national ou international en rapport avec leur activité professionnelle selon les modalités et conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 12 :** Dans le respect des règles d'éthique et de déontologie et en application de l'article 30 de la loi n° 98-11 du 29 Rabie Ethani 1419 correspondant au 22 août 1998, modifiée et complétée, susvisée, la liberté d'analyse et d'interprétation scientifiques des résultats de leurs travaux est garantie aux chercheurs permanents.

**Article 13 :** Le directeur de recherche et le maître de recherche classe A, ayant exercé durant cinq (5) années consécutives en cette qualité, peuvent bénéficier, une seule fois dans leur carrière, d'un congé scientifique d'une durée d'une année, auprès d'organismes nationaux ou étrangers de recherche pour l'acquisition de nouvelles connaissances scientifiques et technologiques. Durant cette période, ils sont considérés en position d'activité.

Dans ce cadre, les années d'exercice en qualité de maître de recherche classe A sont appréciées cumulativement avec celles de directeur de recherche.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

**Article 14 :** Les chercheurs permanents préparant une thèse de doctorat peuvent bénéficier d'un détachement dans les conditions fixées par le décret présidentiel n° 03-309 du 14 Rajab 1424 correspondant au 11 septembre 2003, susvisé.

**Article 15 :** Les chercheurs permanents préparant une thèse de doctorat peuvent bénéficier d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, dans la limite d'un volume horaire n'excédant pas huit (8) heures par semaine.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de la recherche scientifique.

**Article 16 :** Les inventions, découvertes et autres résultats de recherche réalisés, sous forme de prototype ou sur support écrit, audiovisuel, multimédia ou informatique, par les chercheurs permanents régis par le présent statut particulier, dans le cadre de leurs activités de recherche scientifique et de développement technologique, sont propriétés des établissements de recherche cités à l'article 2 ci-dessus.

Les chercheurs permanents bénéficient de l'application de la législation en vigueur en matière de droits d'auteur et de droits voisins.

**Article 17 :** Les chercheurs permanents peuvent être appelés à assurer les activités d'encadrement de la formation doctorale, dans le cadre d'un engagement individuel assorti d'un cahier des charges soumis à une évaluation annuelle. Les conditions d'exercice et les modalités de rétribution de ces activités sont fixées par décret.

### Chapitre 3

#### Recrutement, stage, titularisation, promotion et avancement

##### Section 1

##### Recrutement et promotion.

**Article 18 :** Les chercheurs permanents régis par le présent statut particulier sont recrutés et promus selon les conditions prévues ci-dessous.

##### Section 2

#### Stage, titularisation et avancement

**Article 19 :** En application des articles 83 et 84 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les candidats recrutés dans les corps et grades régis par le présent statut particulier sont nommés en qualité de stagiaires par arrêté ou décision de l'autorité ayant le pouvoir de nomination.

Ils sont astreints à l'accomplissement d'un stage probatoire d'une durée d'une année.

**Article 20 :** A l'issue de la période du stage probatoire, les stagiaires sont soit titularisés, soit astreints à une prorogation de stage une seule fois pour la même durée, soit licenciés sans préavis ni indemnités.

**Article 21 :** Les chercheurs permanents sont titularisés après avis du conseil scientifique de l'établissement.

**Article 22 :** En application de l'article 83 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les candidats recrutés dans le grade de directeur de recherche sont dispensés de la période de stage probatoire.

**Article 23 :** En application de l'article 108 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les chercheurs permanents promus à un grade immédiatement supérieur relevant du même corps ou du corps immédiatement supérieur sont dispensés du stage probatoire.

**Article 24 :** Les rythmes d'avancement applicables aux chercheurs permanents sont fixés comme suit :

- selon la durée minimale pour les directeurs de recherche ;
- selon la durée minimale et moyenne pour les maîtres de recherche ;
- selon la durée minimale, moyenne et maximale pour les chargés d'études, attachés de recherche et les chargés de recherche.

### Chapitre 4

#### Positions statutaires

**Article 25 :** En application de l'article 127 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les proportions maximales des chercheurs permanents, susceptibles d'être placés, sur leur demande, dans l'une des positions statutaires désignées ci-après sont fixées pour chaque établissement de recherche, comme suit:

- détachement : 10% ;
- mise en disponibilité : 5% ;
- hors cadre : 5%.

Les proportions citées ci-dessus sont calculées par référence aux effectifs réels de chaque grade.

### Chapitre 5

#### Mobilité

**Article 26 :** Nonobstant les dispositions de l'article 157 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la mutation du chercheur permanent ne peut être prononcée que sur sa demande.

### Chapitre 6

#### Formation

**Article 27 :** L'administration est tenue d'organiser, de manière permanente, au profit des chercheurs permanents régis par le présent statut particulier, une formation continue destinée au perfectionnement, à l'actualisation de leurs connaissances scientifiques et au développement de leurs aptitudes professionnelles dans leur domaine d'activités selon les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

### Chapitre 7

#### Evaluation.

**Article 28 :** Les chercheurs permanents sont soumis à une évaluation continue et périodique.

A ce titre, ils sont tenus de présenter annuellement, aux fins d'évaluation par les instances scientifiques compétentes, un rapport d'activités. Les modalités de mise en oeuvre du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de la recherche scientifique.



**Article 29 :** Nonobstant les dispositions de l'article 99 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, l'évaluation des chercheurs permanents est effectuée par des méthodes appropriées et fondée sur des critères scientifiques objectifs, comportant:

- l'état d'avancement des projets de recherche et de développement technologique en cours d'exécution ;
- les brevets d'invention, les publications et les communications nationales et internationales ;
- les ouvrages édités;
- les logiciels, produits et systèmes réalisés;
- toute activité de valorisation des résultats de la recherche.

**Article 30 :** Il est institué une commission nationale d'évaluation des chercheurs (C.N.E.C), chargée d'évaluer les activités et publications scientifiques des candidats postulant pour le grade de maître de recherche classe A et pour le grade de directeur de recherche.

La commission nationale d'évaluation des chercheurs établit les critères d'évaluation et la grille de notation y afférente et les soumet à l'approbation du ministre chargé de la recherche scientifique.

Les membres de la commission nationale d'évaluation des chercheurs sont désignés par arrêté du ministre chargé de la recherche scientifique, parmi les directeurs de recherche et, le cas échéant, parmi les enseignants chercheurs appartenant au grade de professeur justifiant au moins de trois (3) années d'exercice d'activité effective en cette qualité.

L'organisation et le fonctionnement de la commission sont fixés par arrêté du ministre chargé de la recherche scientifique.

#### Chapitre 8

##### Discipline.

**Article 31 :** Outre les dispositions prévues aux articles 176 à 181 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, et en application de son article 182, est considéré comme faute professionnelle de 4ème degré le fait pour les chercheurs permanents d'être auteurs ou complices de tout acte établi de plagiat, de falsification de résultats ou de fraude dans les travaux scientifiques revendiqués dans les thèses de doctorat ou dans le cadre d'une publication scientifique.

#### Chapitre 9

##### Dispositions générales d'intégration

**Article 32 :** Les chercheurs permanents occupant les postes de travail prévus par le décret n° 86-52 du 18 mars 1986, modifié, susvisé, sont intégrés, titularisés et reclassés, à la date d'effet de ce décret, dans les corps et grades correspondants prévus par le présent statut particulier.

**Article 33 :** Les chercheurs permanents, visés à l'article 32 ci-dessus, sont rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détiennent dans leur poste d'origine.

Le reliquat d'ancienneté acquis dans le poste d'origine est pris en compte pour l'avancement dans le grade d'accueil.

**Article 34 :** Les stagiaires nommés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont intégrés en qualité de stagiaires et titularisés après accomplissement de la période d'essai fixée par le décret n° 86-52 du 18 mars 1986, modifié, susvisé.

#### TITRE II

##### Nomenclature des corps

**Article 35 :** La nomenclature des corps des chercheurs permanents comprend les corps suivants :

- le corps des chargés d'études ;
- le corps des attachés de recherche;
- le corps des chargés de recherche ;
- le corps des maîtres de recherche;
- le corps des directeurs de recherche.

#### Chapitre 1er

##### Corps des chargés d'études.

**Article 36 :** Le corps des chargés d'études est mis en voie d'extinction.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 37 :** Le chargé d'études est chargé d'assister les chercheurs permanents de grade supérieur dans l'exécution de leurs activités de recherche scientifique et de développement technologique.

#### Section 2

##### Disposition transitoire

**Article 38 :** Sont intégrés dans le grade de chargé d'études les chargés d'études confirmés et stagiaires, recrutés en application de l'article 27 du décret n°86-52 du 18 mars 1986, modifié, susvisé.

#### Chapitre 2

##### Corps des attachés de recherche

**Article 39 :** Le corps des attachés de recherche comporte le grade d'attaché de recherche.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 40 :** L'attaché de recherche est chargé :

- de participer à l'élaboration de projets de recherche liés à son domaine d'activité ;
- de participer à la réalisation des travaux de recherche qui lui sont confiés dans le cadre d'une équipe ou d'une division de recherche;
- d'assurer la conduite d'un projet de recherche scientifique et de développement technologique relevant de son domaine d'activité ;
- de participer à la valorisation et à la diffusion des résultats de recherche scientifique.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 41 :** Sont recrutés en qualité d'attachés de recherche, par voie de concours sur titres et par décision du responsable de l'établissement, les titulaires du diplôme de magister ou d'un diplôme reconnu équivalent.

Le diplôme de magister délivré dans le cadre du décret exécutif n° 98-254 du 24 Rabie Ethani 1419 correspondant au 17 août 1998, modifié et complété, susvisé, ou le diplôme reconnu équivalent doit avoir été obtenu au moins avec la mention «assez bien».

**Article 42 :** Sont promus sur titres en qualité d'attachés de recherche, par décision du responsable de l'établissement, les chargés d'études ayant obtenu, après leur recrutement, le diplôme de magister ou un diplôme reconnu équivalent.

**Article 43 :** La titularisation de l'attaché de recherche visé à l'article 41 ci-dessus est prononcée par décision du responsable de l'établissement, après avis du conseil scientifique de l'établissement.

#### Section 3

##### Disposition transitoire

**Article 44 :** Les attachés de recherche confirmés et stagiaires sont intégrés dans le grade d'attaché de recherche.

#### Chapitre 3

### Corps des chargés de recherche

**Article 45 :** Le corps des chargés de recherche est mis en voie d'extinction.

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 46 :** Le chargé de recherche est chargé :

- d'assister les maîtres de recherche classe B dans leurs activités ;
- d'oeuvrer à la conduite scientifique des projets de recherche relevant de son domaine d'activité ;
- de développer les capacités nationales en matière d'études, d'expertise et d'engineering ;
- de contribuer à la valorisation des résultats de la recherche scientifique et au développement technologique, à l'acquisition et la diffusion de l'information et de la culture scientifique et technique au sein de la société.

#### Section 2

#### Disposition transitoire

**Article 47 :** Les chargés de recherche confirmés et stagiaires sont intégrés dans le grade de chargé de recherche.

### Chapitre 4

### Corps des maîtres de recherche

**Article 48 :** Le corps de maître de recherche regroupe deux (2) grades :

- le grade de maître de recherche classe B ;
- le grade de maître de recherche classe A.

#### Section 1

#### Maître de recherche classe B

##### Paragraphe 1

#### Définition des tâches

**Article 49 :** Le maître de recherche classe B est chargé :

- de mettre en oeuvre un axe de recherche scientifique et de développement technologique liée à son domaine d'activité ;
- d'assurer la conduite scientifique de projets de recherche relevant de son domaine d'activité ;
- d'assister les maîtres de recherche classe A et les directeurs de recherche dans leurs activités ;
- de contribuer à l'élaboration et à l'accroissement des connaissances nouvelles ;
- d'oeuvrer à l'accroissement des capacités de compréhension et de maîtrise des sciences et technologies
- et de leur transfert et application dans tous les secteurs d'activités ;
- de développer les capacités nationales en matière d'études, d'expertise et d'engineering ;
- de participer à la réalisation des grands projets nationaux en vue du transfert de savoir-faire ;
- de contribuer à la valorisation des résultats de la recherche, à l'acquisition et à la diffusion de l'information et de la culture scientifiques et techniques au sein de la société.

##### Paragraphe 2

#### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 50 :** Sont recrutés dans le grade de maître de recherche classe B par voie de concours sur titres et par décision du responsable de l'établissement, les candidats titulaires du diplôme de doctorat en sciences ou d'un diplôme reconnu équivalent.

**Article 51 :** Sont promus sur titres en qualité de maîtres de recherche classe B par décision du responsable de l'établissement, les attachés de recherche et les chargés de recherche titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le diplôme de doctorat en sciences ou un diplôme reconnu équivalent.

**Article 52 :** La titularisation du maître de recherche classe B, visé à l'article 50 ci-dessus, est prononcée par décision du responsable de l'établissement, après avis du conseil scientifique.

##### Paragraphe 3

#### Dispositions transitoires

**Article 53 :** Pour la constitution initiale du grade, sont intégrés, titularisés et reclassés en qualité de maîtres de recherche classe B, à la date d'effet du présent décret, les chargés de recherche confirmés justifiant du diplôme de doctorat en sciences ou d'un diplôme reconnu équivalent.

Sont intégrés en qualité de stagiaires à compter de la date d'effet du présent décret dans le grade de maître de recherche classe B, les chargés de recherche stagiaires justifiant du diplôme de doctorat en sciences ou d'un diplôme reconnu équivalent.

#### Section 2

#### Maître de recherche classe A

##### Paragraphe 1

#### Définition des tâches

**Article 54 :** Le maître de recherche classe A est chargé :

- d'élaborer et de mettre en oeuvre des projets de recherche en relation avec les organes d'orientation, de programmation et d'évaluation de la recherche ;
- de contribuer, par ses travaux, à l'élaboration et à la mise en oeuvre des programmes nationaux de recherche;
- d'oeuvrer à l'accroissement des capacités de compréhension et de maîtrise des sciences et technologies et de leur transfert et application dans tous les secteurs d'activités ;
- d'oeuvrer à la valorisation et à la diffusion des résultats de recherche ;
- d'expertiser des travaux scientifiques et technologiques, dans le cadre de conseils ou de comités scientifiques spécialisés nationaux ou internationaux;
- de contribuer à l'acquisition et à la diffusion de l'information et de la culture scientifiques et techniques au sein de la société ;
- de développer les capacités nationales en matière d'études, d'expertise et d'engineering ;
- de participer à la réalisation des grands projets nationaux en vue du transfert du savoir-faire.

##### Paragraphe 2

#### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 55 :** Sont recrutés en qualité de maîtres de recherche classe A par décision du responsable de l'établissement :

- 1) - sur titres, les titulaires d'un diplôme de doctorat d'Etat ou d'un diplôme reconnu équivalent ;
- 2) - sur titres et travaux, les titulaires d'un diplôme de doctorat en sciences ou d'un diplôme reconnu équivalent justifiant de cinq (5) années d'expérience professionnelle dans la spécialité postérieure à l'obtention de ce diplôme, après avis de la commission nationale d'évaluation des chercheurs.

La titularisation des maîtres de recherche classe A est prononcée par décision du responsable de l'établissement, après avis du conseil scientifique.

**Article 56 :** Sont promus, en qualité de maîtres de recherche classe A par décision du responsable de l'établissement, les maîtres de recherche classe B justifiant d'au moins trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude établie par le ministre chargé de la recherche scientifique et après avis de la commission nationale d'évaluation des chercheurs.

**Article 57 :** Sont promus sur titres en qualités de maîtres de recherche de classe A par décision du responsable de l'établissement, les chercheurs permanents titulaires, ayant obtenu, après leur recrutement, le diplôme de doctorat d'Etat ou un diplôme reconnu équivalent ou l'habilitation universitaire.

#### Paragraphe 3

#### Dispositions transitoires

**Article 58 :** Les maîtres de recherche confirmés et stagiaires sont intégrés dans le grade de maître de recherche classe A.

**Article 59 :** Les chargés de recherche confirmés justifiant du diplôme de doctorat d'Etat ou d'un diplôme reconnu équivalent sont intégrés, titularisés et reclassés dans le grade de maître de recherche classe A, à compter de la date d'effet du présent décret.

#### Chapitre 5

#### Corps des directeurs de recherche.

**Article 60:** Le corps des directeurs de recherche comporte le grade de directeur de recherche.

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 61 :** Le directeur de recherche est chargé :

- de concevoir et de mettre au point, par ses travaux de recherche, de nouvelles théories, méthodes, procédés, matériaux, dispositifs, systèmes, équipements et installations pour l'accomplissement des missions citées à l'article 4 du présent décret ;
- de participer à l'élaboration de programmes nationaux de recherche, et d'évaluation de la recherche ;
- d'oeuvrer à la valorisation et à la diffusion des résultats de recherche scientifique ;
- de participer à la réalisation des grands projets nationaux afin d'assurer le transfert du savoir-faire;
- d'oeuvrer à l'accroissement des capacités de compréhension et de maîtrise des sciences et technologies et de leur transfert et application dans tous les secteurs d'activités.

#### Section 2

#### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 62 :** Sont recrutés, sur titres et sur travaux scientifiques en qualité de directeurs de recherche, après avis de la commission nationale d'évaluation des chercheurs, les titulaires du doctorat d'Etat, ou d'un diplôme reconnu équivalent ou d'une habilitation universitaire, justifiant de cinq années (5) d'expérience professionnelle dans la spécialité après l'obtention du diplôme ou du titre précités.

**Article 63 :** Sont promus sur titres et sur travaux scientifiques, en qualité de directeurs de recherche, les maîtres de recherche classe A justifiant au moins de quatre (4) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude établie par le ministre chargé de la recherche scientifique et après avis de la commission nationale d'évaluation des chercheurs.

**Article 64:** Le directeur de recherche est recruté et titularisé à la même date par arrêté du ministre chargé de la recherche scientifique ou, le cas échéant, par arrêté conjoint avec le ministre concerné.

#### Section 3

#### Disposition transitoire

**Article 65 :** Les directeurs de recherche confirmés et stagiaires sont intégrés dans le grade de directeur de recherche.

#### Chapitre 6

#### Directeur de recherche émérite

**Article 66 :** Il est institué le titre de directeur de recherche émérite.

**Article 67 :** Il est créé une commission nationale de l'éméritat composée de directeurs de recherche émérites.

La commission nationale de l'éméritat est chargée d'évaluer les activités et publications scientifiques des candidats à la nomination au titre de directeur émérite.

La commission nationale de l'éméritat établit les critères d'évaluation et la grille de notation y afférente et les soumet à l'approbation du ministre chargé de la recherche scientifique.

A titre transitoire et en attendant la mise en place du titre de directeur de recherche émérite, la commission nationale de l'éméritat sera composée de professeurs émérites.

L'organisation et le fonctionnement de cette commission sont fixés par arrêté du ministre chargé de la recherche scientifique.

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 68 :** Outre les tâches dévolues au directeur de recherche, le directeur de recherche émérite est chargé :

- de participer à la sélection et à l'élaboration des programmes de recherche scientifique et de développement technologique et à leur évaluation ;
- de participer à la détermination des axes prioritaires de recherche ;
- de participer à l'accroissement des capacités d'adaptation des technologies importées ;
- de diriger les travaux de séminaires ;
- d'assurer des missions de représentation auprès des instances nationales ou internationales ;
- de conseiller et d'orienter les chercheurs préparant leurs thèses de doctorat.

#### Section 2

#### Conditions de nomination

**Article 69 :** Le directeur de recherche émérite est nommé, après avis de la commission nationale de l'éméritat, parmi les directeurs de recherche justifiant de quinze (15) années d'exercice effectif en cette qualité et ayant contribué, depuis leur nomination dans le poste ou le grade de directeur de recherche :

- au développement des connaissances, à leurs transferts et application dans les entreprises ;
- à la formation pour la recherche et par la recherche ;
- à la réalisation des travaux de recherche, de publications et communications nationales ou internationales publiées dans des revues de renommée établie ;
- à la diffusion de l'information et de la culture scientifiques et techniques par le biais de périodiques, d'ouvrages scientifiques et techniques.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de la recherche scientifique.

**Article 70 :** Les modalités de nomination au titre de directeur de recherche émérite sont fixées par un texte particulier.

TITRE III  
Classification des grades

**Article 71 :** En application de l'article 118 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Jomada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant des corps des chercheurs permanents prévus par le présent statut particulier est fixée conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADES		CLASSEMENT	
			Subdivision/Catégorie	Indice minimal
Directeur de recherche	Directeur de recherche	H O R S C A T E G O R I E	Subdivision 7	1480
Maître de recherche	Maître de recherche A		Subdivision 6	1280
	Maître de recherche B		Subdivision 4	1125
Chargé de recherche	Chargé de recherche		Subdivision 3	1055
Attaché de recherche	Attaché de recherche		Subdivision 1	930
Chargé d'études	Chargé d'études	Catégorie 13		578

**Article 72 :** Outre la rémunération perçue par le directeur de recherche, le directeur de recherche émérite bénéficie de l'attribution d'une indemnité d'éméritat dont le montant et les modalités de service sont fixés par décret.

TITRE IV

**Dispositions particulières.**

**Article 73 :** Sont recrutés en qualité de directeurs de recherche ou de maîtres de recherche les chercheurs permanents de nationalité algérienne, justifiant respectivement du grade de directeur de recherche ou de maître de recherche ou de grades reconnus équivalents obtenus à l'étranger.

**Article 74 :** Les chercheurs permanents recrutés en application de l'article 73 ci-dessus sont titularisés à la même date par arrêté du ministre chargé de la recherche scientifique ou, le cas échéant, par arrêté conjoint avec le ministre concerné.

**Article 75 :** L'ancienneté acquise par les chercheurs permanents visés à l'article 73 ci-dessus est validée au titre de l'indemnité d'expérience professionnelle, au taux de 1,4% par année d'activité.

**Article 76 :** L'ancienneté acquise par les chercheurs permanents visés à l'article 73 ci-dessus est prise en compte pour la promotion à un grade ou corps supérieur ainsi que pour la nomination à un poste supérieur ou au titre de directeur de recherche émérite.

TITRE V

**Dispositions finales**

**Article 77 :** Le présent décret prend effet à compter du 1er janvier 2008.

**Article 78 :** Les dispositions du décret n° 86-52 du 18 mars 1986, modifié, susvisé, sont abrogées.

Toutefois, les textes pris pour son application continuent de produire leur plein effet jusqu'à l'intervention des textes d'application prévus par le présent décret.

**Article 79 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008.

**Abdelaziz BELKHADEM.**

**Décret exécutif n° 09-199 du 29 Joumada El Oula 1430 correspondant au 24 mai 2009**  
**définissant les activités de santé de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire et fixant les**  
**modalités de rétribution y afférentes.**

Le Premier ministre,  
Sur le rapport conjoint du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu le décret présidentiel n° 09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;  
Vu le décret présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant régime indemnitaire des spécialistes hospitalo-universitaires ;  
Vu le décret exécutif n° 08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire, notamment son article 75 ;

Après approbation du Président de la République,

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de définir les activités de santé de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire et de fixer les modalités de rétribution y afférentes.

**Article 2** : Outre les activités d'enseignement et de recherche, l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire assure, dans le cadre des obligations statutaires prévues par le décret exécutif n° 08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 susvisé, des activités de santé.

**Article 3** : L'enseignant chercheur hospitalo-universitaire est chargé, notamment :

- d'assurer tous les soins liés à ses compétences, en particulier les soins optionnels et les soins de haut niveau,
- d'assurer les prestations de santé liées à sa spécialité au sein des établissements et structures hospitalo-universitaires,
- de contribuer, par la mise en œuvre des programmes d'action sanitaire, à une meilleure efficacité du système national de santé,
- de contribuer à la hiérarchisation des soins en soins essentiels, soins optionnels et soins de haut niveau.

**Article 4** : Le professeur chercheur hospitalo-universitaire et le maître de conférence chercheur hospitalo-universitaire, classe A, sont chargés de la conception, de l'élaboration ainsi que de la mise en œuvre des programmes d'action sanitaire.

**Article 5** : L'enseignant chercheur hospitalo-universitaire perçoit au titre de l'exercice des activités de santé une rétribution mensuelle fixée à cinquante-cinq pour cent (55%) du traitement du grade d'appartenance.

**Article 6** : La rétribution prévue à l'article 5 ci-dessus, est soumise à cotisation et prise en compte pour le calcul de la pension de retraite.

**Article 7** : Sont abrogées les dispositions relatives à l'indemnité hospitalière prévue par le décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, susvisé.

**Article 8** : Le présent décret qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 29 Joumada El Oula 1430 correspondant au 24 mai 2009.

**Ahmed OUYAHIA**

**Décret exécutif n°09-259 du 20 Chaâbane 1430 correspondant au 11 août 2009 fixant les modalités de nomination au titre de professeur hospitalo-universitaire émérite, de professeur émérite et de directeur de recherche émérite.**

Le Premier ministre,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2),

Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret présidentiel n°09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°04-180 du 5 Joumada El Oula 1425 correspondant au 23 juin 2004 fixant les attributions, la composition et le fonctionnement du conseil d'éthique et de déontologie de la profession universitaire ;

Vu le décret exécutif n°08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire, notamment son article 62 ;

Vu le décret exécutif n°08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur, notamment son article 56 ;

Vu le décret exécutif n°08-131 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier du chercheur permanent, notamment son article 70 ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions des articles 62, 56 et 70 des décrets exécutifs n°08-129, n°08-130 et n°08-131 du 3 mai 2008, susvisés, le présent décret a pour objet de fixer les modalités de nomination au titre de professeur hospitalo-universitaire émérite, de professeur émérite et de directeur de recherche émérite.

**Article 2 :** Le professeur hospitalo-universitaire émérite est nommé par décret, sur proposition du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, après avis de la commission nationale de l'éméritat en sciences médicales, parmi les professeurs hospitalo-universitaires justifiant des conditions fixées par l'article 61 du décret exécutif n°08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008, susvisé.

**Article 3 :** Le professeur émérite est nommé par décret, sur proposition du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, après avis de la commission nationale de l'éméritat, parmi les professeurs justifiant des conditions fixées par l'article 55 du décret exécutif n°08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008, susvisé.

**Article 4 :** Le directeur de recherche émérite est nommé par décret, sur proposition du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, après avis de la commission nationale de l'éméritat, parmi les directeurs de recherche justifiant des conditions fixées par l'article 69 du décret exécutif n°08-131 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008, susvisé.

**Article 5 :** Les professeurs hospitalo-universitaires émérites et les professeurs émérites sont nommés par décret, sur proposition du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, parmi les professeurs hospitalo-universitaires et les professeurs remplissant les conditions prévues par les articles 63 du décret exécutif n°08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008, et 57 du décret exécutif n°08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008, susvisés, après avis du conseil d'éthique et de déontologie de la profession universitaire objet du décret exécutif n°04-180 du 5 Joumada El Oula 1425 correspondant au 23 juin 2004, susvisé.

**Article 6 :** Le professeur hospitalo-universitaire émérite, le professeur émérite et le directeur de recherche émérite sont nommés pour une durée de cinq (5) années, renouvelable, après évaluation des activités scientifiques et pédagogiques par la commission nationale de l'éméritat.

**Article 7 :** Le montant et les modalités de service de l'indemnité d'éméritat sont fixés conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 8 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 20 Chaâbane 1430 correspondant au 11 août 2009.

**Ahmed OUYAHIA.**



**Décret exécutif n°10-232 du 23 Chaoual 1431 correspondant au 2 octobre 2010 fixant les conditions d'exercice des activités de recherche par l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou l'enseignant chercheur ainsi que les modalités de leur rétribution.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3<sup>°</sup>et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n°10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°92-22 du 13 janvier 1992, modifié et complété, portant création, organisation et fonctionnement des commissions intersectorielles de promotion, de programmation et d'évaluation de la recherche scientifique et technique ;

Vu le décret exécutif n°99-243 du 21 Rajab 1420 correspondant au 31 octobre 1999 fixant l'organisation et le fonctionnement des comités sectoriels permanents de recherche scientifique et de développement technologique ;

Vu le décret exécutif n°99-244 du 21 Rajab 1420 correspondant au 31 octobre 1999 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement du laboratoire de recherche ;

Vu le décret exécutif n°99-257 du 8 Chaâbane 1420 correspondant au 16 novembre 1999 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement de l'unité de recherche ;

Vu le décret exécutif n°08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire, notamment son article 9 ;

Vu le décret exécutif n°08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur, notamment son article 9 ;

Vu le décret exécutif n°08-131 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier du chercheur permanent ;

Vu le décret exécutif n°08-251 du Aouel Chaâbane 1429 correspondant au 3 août 2008 fixant les missions et l'organisation de la direction générale de la recherche scientifique et du développement technologique ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions de l'article 9 des décrets exécutifs n°08-129 et n°08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008, susvisés, le présent décret a pour objet de fixer les conditions d'exercice des activités de recherche par l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou l'enseignant chercheur, au sein des laboratoires de recherche ou des équipes de recherche créées au sein des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel et des établissements publics à caractère administratif assurant une mission de formation supérieure, ainsi que les modalités de leur rétribution.

**Article 2 :** Les activités de recherche, objet du présent décret, s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre des programmes nationaux de recherche, et sont exercées conformément à un contrat passé sur proposition du responsable de l'entité de recherche entre l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou l'enseignant chercheur d'une part, et le responsable de l'établissement de rattachement d'autre part.

**Article 3 :** Le contrat est conclu pour une durée de trois (3) années renouvelable.

**Article 4 :** Il est annexé au contrat de recherche un cahier des charges qui définit notamment :

- le ou les projets de recherche rentrant dans le cadre des programmes nationaux de recherche,
- les objectifs scientifiques,
- le programme de travail annuel et le calendrier y afférent,
- les modalités de suivi et de mise en œuvre des projets de recherche.

**Article 5 :** Les activités de recherche de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou de l'enseignant chercheur, menées dans le cadre du présent décret, sont définies dans le cadre des missions et de l'organisation de la structure de recherche concernée, par référence aux activités de recherche dont est chargé le chercheur permanent, conformément au tableau de concordance ci-dessous :

<b>CORPS DES ENSEIGNANTS CHERCHEURS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES ET DES ENSEIGNANTS CHERCHEURS</b>	<b>CORPS DES CHERCHEURS PERMANENTS</b>
Maître-assistant classe B Maître-assistant hospitalo-universitaire et maître-assistant classe A Maître de conférences hospitalo-universitaire classe B et maître de conférences classe B Maître de conférences hospitalo-universitaire classe A et maître de conférences classe A Professeur hospitalo-universitaire et professeur	Attaché de recherche Chargé de recherche Maître de recherche classe B Maître de recherche classe A Directeur de recherche

**Article 6 :** L'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou l'enseignant chercheur ne peut souscrire qu'un seul contrat de recherche conclu dans le cadre des dispositions du présent décret.

L'établissement avec lequel le contrat a été conclu est tenu d'informer l'organisme employeur du contrat souscrit par l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou l'enseignant chercheur.

**Article 7 :** L'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou l'enseignant chercheur ayant passé un contrat de recherche ne peut assurer des tâches d'enseignement assurées à titre d'occupation accessoire, sauf en cas de nécessité absolue et après autorisation de son organisme employeur.

**Article 8 :** Les inventions, découvertes et autres résultats de recherche réalisés par l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou l'enseignant chercheur dans le cadre du contrat de recherche, sont propriété de l'établissement contractant.

**Article 9 :** L'établissement contractant est tenu, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, d'assurer toutes les conditions nécessaires à l'accomplissement des missions de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou de l'enseignant chercheur dans le cadre du contrat de recherche.

**Article 10 :** L'enseignant chercheur hospitalo-universitaire et l'enseignant chercheur s'engagent à présenter, annuellement, à l'entité de recherche, un rapport d'activités comportant l'état d'avancement du ou des projets de recherche en cours d'exécution dont ils ont la charge.

Les rapports d'activités de recherche, sont transmis par le responsable de l'entité de recherche accompagnés éventuellement de ses observations au comité sectoriel permanent de recherche scientifique et de développement technologique relevant du département ministériel concerné, pour évaluation.

**Article 11:** L'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou l'enseignant chercheur bénéficie d'une rétribution pour des activités de recherche dont le montant mensuel, est fixé comme suit :

- professeur hospitalo-universitaire et professeur : 45.000,00 DA
- maître de conférences hospitalo-universitaire classe A et maître de conférences classe A : 40.000,00 DA.
- maître de conférences hospitalo-universitaire classe B et maître de conférences classe B : 35.000,00 DA.
- maître-assistant hospitalo-universitaire et maître-assistant classe A : 25.000,00 DA.
- maître-assistant classe B : 20.000,00 DA.

La rétribution est versée semestriellement et soumise à cotisation de retraite et de sécurité sociale.

**Article 12:** La quote-part de la rétribution versée semestriellement représente 25% du montant de la rétribution annuelle, dont le service est assujéti à l'effectivité d'exercice de l'activité de recherche attestée par le responsable de l'entité de recherche. Le service du reste du montant annuel de l'allocation de recherche est assujéti à une évaluation positive par le comité sectoriel permanent de recherche scientifique et de développement technologique.

**Article 13:** L'évaluation négative des activités de recherche de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou de l'enseignant chercheur entraîne la résiliation du contrat de recherche.

Les recours de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou de l'enseignant chercheur sont déposés auprès du directeur général de la recherche scientifique et du développement technologique qui les présentera à la commission intersectorielle concernée par le programme ou les programmes de recherche, pour y statuer.

**Article 14:** Les dispositions du présent décret s'appliquent également à l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire et à l'enseignant chercheur exerçant des activités de recherche au sein des unités de recherche régies par le décret exécutif n° 99-257 du 16 novembre 1999, susvisé, dont les activités s'inscrivent dans la mise en œuvre des programmes nationaux de recherche.

**Article 15:** Outre la rétribution prévue à l'article 11 ci-dessus, le directeur de l'unité de recherche, le directeur du laboratoire de recherche, le chef de division de recherche et le chef d'équipe de recherche régulièrement nommés bénéficient, au titre de la responsabilité, d'une rétribution dont le montant mensuel est fixé comme suit :

- directeur d'unité de recherche : 20.000,00 DA.
- directeur de laboratoire de recherche : 15.000,00 DA.
- chef de division de recherche : 15.000,00 DA.
- chef d'équipe de recherche : 10.000,00 DA.

**Article 16:** L'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ou l'enseignant chercheur en exercice à l'étranger peut être appelé à exercer des activités de recherche conformément aux dispositions du présent décret. A ce titre, il bénéficie de la rétribution prévue dans le présent décret.

Il bénéficie également de la prise en charge de ses frais de transport aller-retour et de séjour sur le budget de fonctionnement de l'entité de recherche.

Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique et du ministre chargé des finances.

**Article 17:** Les crédits afférents au paiement de la rétribution prévue aux articles 11 et 15 ci-dessus sont inscrits à l'indicatif des établissements de rattachement des entités de recherche concernées.

**Article 18:** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 Chaoual 1431 correspondant au 2 octobre 2010.

**Ahmed OUYAHIA.**



**Décret exécutif n°10-250 du 12 Dhou El Kaada 1431 correspondant au 20 octobre 2010 instituant le régime indemnitaire du chercheur permanent.**

Le Premier ministre,  
 Sur le rapport du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3<sup>o</sup> et 125 (alinéa 2),  
 Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;  
 Vu le décret n°79-301 du 31 décembre 1979 portant réajustement des salaires de certaines catégories professionnelles pour l'année 1980 ;  
 Vu le décret n°81-57 du 28 mars 1981 fixant le taux et les conditions d'attribution de l'indemnité  
 Vu le décret n°88-219 du 2 novembre 1988 portant les modalités de calcul de l'indemnité de nuisance ;  
 Vu le décret présidentiel n°02-336 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002 portant institution d'une indemnité de documentation au profit des personnels enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs, des spécialistes hospitalo-universitaires et des personnels chercheurs ;  
 Vu le décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;  
 Vu le décret présidentiel n°10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
 Vu le décret exécutif n°90-395 du 1er décembre 1990 portant extension à certaines catégories de personnels de la recherche des dispositions du décret exécutif n°90-364 du 10 novembre 1990 portant intégration de l'indemnité globale servie à certains personnels de l'enseignement supérieur dans l'assiette de calcul de la pension de retraite et du décret exécutif n°90-365 du 10 novembre 1990 fixant les conditions d'indemnisation des productions scientifiques et pédagogiques des enseignants relevant du ministère aux universités ;  
 Vu le décret exécutif n°92-409 du 14 novembre 1992 portant institution d'une indemnité pour travaux permanents de recherche au profit des travailleurs de la recherche scientifique et technique ;  
 Vu le décret exécutif n°92-410 du 14 novembre 1992 portant extension aux personnels de la recherche des dispositions du décret exécutif n°92-49 du 12 février 1992 portant institution d'un régime indemnitaire au profit des personnels enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs ;  
 Vu le décret exécutif n°08-131 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier du chercheur permanent ;  
 Après approbation du Président de la République ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet d'instituer le régime indemnitaire du chercheur permanent régi par le décret exécutif n°08-131 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008, susvisé.

**Article 2 :** Les fonctionnaires appartenant aux corps des chercheurs permanents bénéficient des primes et indemnités suivantes :

- prime d'amélioration des performances scientifiques,
- indemnité de documentation,
- indemnité d'encadrement et de suivi scientifiques,
- indemnité d'innovation scientifique,
- indemnité de qualification scientifique.

**Article 3 :** La prime d'amélioration des performances scientifiques, calculée au taux variable de zéro (0) à quarante (40 %) pour cent du traitement, est servie, trimestriellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus.

Le service de cette prime est soumis à une notation selon des critères fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 4 :** L'indemnité de documentation est servie, mensuellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus, selon les grades et les montants figurant au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	MONTANTS EN DINARS
Chargé d'études	Chargé d'études	3000
Attaché de recherche	Attaché de recherche	6000
Chargé de recherche	Chargé de recherche	8000
Maître de recherche	Maître de recherche classe B	12000
	Maître de recherche classe A	14000
Directeur de recherche	Directeur de recherche	16000

**Article 5 :** L'indemnité d'encadrement et de suivi scientifiques est servie, mensuellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus, selon les grades et les taux du traitement figurant au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	TAUX DU TRAITEMENT
Chargé d'études	Chargé d'études	20 %
Attaché de recherche	Attaché de recherche	25 %
Chargé de recherche	Chargé de recherche	30 %
Maître de recherche	Maître de recherche classe B	45 %
	Maître de recherche classe A	50 %
Directeur de recherche	Directeur de recherche	60 %

**Article 6 :** L'indemnité d'innovation scientifique est servie, mensuellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus, selon les grades et les taux du traitement figurant au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	TAUX DU TRAITEMENT
Chargé d'études	Chargé d'études	20 %
Attaché de recherche	Attaché de recherche	35 %
Chargé de recherche	Chargé de recherche	35 %
Maître de recherche	Maître de recherche classe B	40 %
	Maître de recherche classe A	55 %
Directeur de recherche	Directeur de recherche	60 %

**Article 7 :** L'indemnité de qualification scientifique est servie, mensuellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus selon les grades et les taux du traitement figurant au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	TAUX DU TRAITEMENT
Attaché de recherche	Attaché de recherche	10 %
Chargé de recherche	Chargé de recherche	15 %
Maître de recherche	Maître de recherche classe B	25 %
	Maître de recherche classe A	30 %
Directeur de recherche	Directeur de recherche	40 %

**Article 8 :** Les primes et indemnités prévues à l'article 2 ci-dessus sont soumises aux cotisations de sécurité sociale et de retraite.

**Article 9 :** En attendant l'attribution de la bonification indiciaire prévue par le décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, les chercheurs permanents occupant des postes supérieurs au sein des entreprises publiques à caractère scientifique et technologique continuent de bénéficier de l'indemnité forfaitaire de service permanent calculée conformément à la réglementation en vigueur au 31 décembre 2007.

**Article 10 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret, notamment celles :

- du décret n°79-301 du 31 décembre 1979, susvisé, en ce qui concerne les chercheurs permanents,
- du décret n°88-219 du 2 novembre 1988, susvisé, en ce qui concerne les chercheurs permanents,
- du décret présidentiel n°02-336 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002, susvisé,
- du décret exécutif n°90-395 du 1er décembre 1990, susvisé,
- du décret exécutif n°92-409 du 14 novembre 1992, susvisé, en ce qui concerne les chercheurs permanents,
- du décret exécutif n°92-410 du 14 novembre 1992, susvisé.

**Article 11 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 12 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 12 Dhou El Kaada 1431 correspondant au 20 octobre 2010.

**Ahmed OUYAHIA.**

**Décret exécutif n°10-251 du 12 Dhou El Kaada 1431 correspondant au 20 octobre 2010 instituant le régime indemnitaire de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire.**

Le Premier ministre,  
 Sur le rapport du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3<sup>o</sup> et 125 (alinéa 2) ;  
 Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;  
 Vu le décret n°85-58 du 23 mars 1985, modifié et complété, relatif à l'indemnité d'expérience ;  
 Vu le décret présidentiel n°02-335 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002, modifié, fixant la prime de rendement allouée au profit des personnels enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs et aux spécialistes hospitalo-universitaires ;  
 Vu le décret présidentiel n°02-336 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002 portant institution d'une indemnité de documentation au profit des enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs, des spécialistes hospitalo-universitaires et des personnels chercheurs ;  
 Vu le décret présidentiel n°10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
 Vu le décret exécutif n°90-365 du 10 novembre 1990 fixant les conditions d'indemnisation des productions scientifiques et pédagogiques des enseignants relevant du ministère aux universités ;  
 Vu le décret exécutif n°91-472 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant régime indemnitaire des spécialistes hospitalo-universitaires ;  
 Vu le décret exécutif n°08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ;  
 Après approbation du Président de la République ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet d'instituer le régime indemnitaire de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire régi par le décret exécutif n°08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008, susvisé.

**Article 2 :** Les fonctionnaires appartenant aux corps des enseignants chercheurs hospitalo-universitaires bénéficient des primes et indemnités suivantes :

- prime d'amélioration des performances pédagogiques et scientifiques,
- indemnité d'expérience pédagogique,
- indemnité de documentation,
- indemnité d'encadrement et de suivi pédagogiques,
- indemnité de qualification scientifique.

**Article 3 :** La prime d'amélioration des performances pédagogiques et scientifiques, calculée au taux variable de zéro (0) à quarante (40 %) pour cent du traitement, est servie, trimestriellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus.

Le service de cette prime est soumis à une notation selon des critères fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 4 :** L'indemnité d'expérience pédagogique est servie, mensuellement, au taux de quatre pour cent (4 %) du traitement de base, par échelon, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus.

**Article 5 :** L'indemnité de documentation est servie, mensuellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus, selon les grades et les montants figurant au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	MONTANTS EN DINARS
Maître-assistant hospitalo-universitaire	Maître-assistant	8000
Maître de conférences hospitalo-universitaire	Maître de conférences classe B	12000
	Maître de conférences classe A	14000
Professeur hospitalo-universitaire	Professeur	16000

**Article 6 :** L'indemnité d'encadrement et de suivi pédagogiques est servie, mensuellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus, selon les grades et les taux du traitement figurant au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	MONTANTS EN DINARS
Maître-assistant hospitalo-universitaire	Maître-assistant	30 %
Maître de conférences hospitalo-universitaire	Maître de conférences classe B	45 %
	Maître de conférences classe A	50 %
Professeur hospitalo-universitaire	Professeur	60 %

**Article 7 :** L'indemnité de qualification scientifique est servie, mensuellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus, selon les grades et les taux du traitement figurant au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	MONTANTS EN DINARS
Maître-assistant hospitalo-universitaire	Maître-assistant	15 %
Maître de conférences hospitalo-universitaire	Maître de conférences classe B	25 %
	Maître de conférences classe A	30 %
Professeur hospitalo-universitaire	Professeur	40 %

**Article 8 :** Les primes et indemnités prévues à l'article 2 ci-dessus sont soumises aux cotisations de sécurité sociale et de retraite.

**Article 9 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret, notamment celles :

- *du décret n°85-58 du 23 mars 1985, modifié et complété, susvisé, en ce qui concerne les spécialistes hospitalo-universitaires,*
- *du décret présidentiel n°02-335 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002, susvisé, en ce qui concerne les spécialistes hospitalo-universitaires,*
- *du décret présidentiel n°02-336 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002, susvisé, en ce qui concerne les spécialistes hospitalo-universitaires,*
- *du décret exécutif n°90-365 du 10 novembre 1990, susvisé, en ce qui concerne les spécialistes hospitalo-universitaires,*
- *du décret exécutif n°91-472 du 7 décembre 1991, susvisé.*

**Article 10 :** Le présent décret prend effet à compter du 1er janvier 2008.

**Article 11 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 12 Dhou El Kaada 1431 correspondant au 20 octobre 2010.

**Ahmed OUYAHIA.**

**Décret exécutif n°10-252 du 12 Dhou El Kaada 1431 correspondant au 20 octobre 2010 instituant le régime indemnitaire de l'enseignant chercheur.**

Le Premier ministre,  
 Sur le rapport du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;  
 Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;  
 Vu le décret n°85-58 du 23 mars 1985, modifié et complété, relatif à l'indemnité d'expérience professionnelle ;  
 Vu le décret présidentiel n°02-335 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002, modifié, fixant la prime de rendement allouée aux personnels de l'enseignement et de la formation supérieurs et aux spécialistes hospitalo-universitaires ;  
 Vu le décret présidentiel n°02-336 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002 portant institution d'une indemnité de documentation au profit des personnels enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs, des spécialistes hospitalo-universitaires et des personnels chercheurs ;  
 Vu le décret présidentiel n°10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
 Vu le décret exécutif n°90-365 du 10 novembre 1990 fixant les conditions d'indemnisation des productions scientifiques et pédagogiques des enseignants relevant du ministère aux universités ;  
 Vu le décret exécutif n°92-49 du 12 février 1992, modifié et complété, portant institution d'un régime indemnitaire au profit des personnels enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs ;  
 Vu le décret exécutif n°97-193 du 7 Moharram 1418 correspondant au 14 mai 1997 portant institution d'une indemnité de préparation du mémoire de magistère au profit des assistants de l'enseignement et de la formation supérieurs ;  
 Vu le décret exécutif n°08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur ;  
 Après approbation du Président de la République ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet d'instituer le régime indemnitaire de l'enseignant chercheur régi par le décret exécutif n°08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008, susvisé.

**Article 2 :** Les fonctionnaires appartenant aux corps des enseignants chercheurs bénéficient des primes et indemnités suivantes :

- prime d'amélioration des performances pédagogiques et scientifiques,
- indemnité d'expérience pédagogique,
- indemnité de documentation,
- indemnité d'encadrement et de suivi pédagogiques,
- indemnité de qualification scientifique.

**Article 3 :** La prime d'amélioration des performances pédagogiques et scientifiques, calculée au taux variable de zéro (0) à quarante pour cent (40 %) du traitement, est servie, trimestriellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus.

Le service de cette prime est soumis à une notation selon des critères fixés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 4 :** L'indemnité d'expérience pédagogique est servie, mensuellement, au taux de quatre pour cent (4 %) du traitement de base par échelon aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus.

**Article 5 :** L'indemnité de documentation est servie, mensuellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus, selon les grades et les montants figurant au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	MONTANTS EN DINARS
Assistant	Assistant	3000
Maître-assistant	Maître-assistant classe B	6000
	Maître-assistant classe A	8000
Maître de conférence	Maître de conférences classe B	12000
	Maître de conférences classe A	14000
Professeur	Professeur	16000

**Article 6 :** L'indemnité d'encadrement et de suivi pédagogiques est servie, mensuellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2, ci-dessus, selon les grades et les taux du traitement figurant au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	MONTANTS EN DINARS
Assistant	Assistant	20 %
Maître-assistant	Maître-assistant classe B	25 %
	Maître-assistant classe A	30 %
Maître de conférence	Maître de conférences classe B	45 %
	Maître de conférences classe A	50 %
Professeur	Professeur	60 %

**Article 7 :** L'indemnité de qualification scientifique est servie, mensuellement, aux fonctionnaires cités à l'article 2 ci-dessus, selon les grades et les taux du traitement figurant au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	MONTANTS EN DINARS
Assistant	Assistant	10 %
Maître-assistant	Maître-assistant classe B	15 %
	Maître-assistant classe A	25 %
Maître de conférence	Maître de conférences classe B	30 %
	Maître de conférences classe A	40 %
Professeur	Professeur	10 %

**Article 8 :** Les indemnités et la prime, prévues à l'article 2 ci-dessus, sont soumises aux cotisations de sécurité sociale et de retraite.

**Article 9 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret, notamment celles :

- du décret n°85-58 du 23 mars 1985, modifié et complété, susvisé, en ce qui concerne les personnels enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs,
- du décret présidentiel n°02-335 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002, susvisé,
- du décret présidentiel n°02-336 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002, susvisé, en ce qui concerne les personnels enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs,
- du décret exécutif n°90-365 du 10 novembre 1990, susvisé,
- du décret exécutif n°92-49 du 12 février 1992, susvisé.
- du décret exécutif n°97-193 du 7 Moharram 1418 correspondant au 14 mai 1997, susvisé.

**Article 10 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 11 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 12 Dhou El Kaada 1431 correspondant au 20 octobre 2010.

**Ahmed OUYAHIA.**

**Décret exécutif n°10-253 du 12 Dhou El Kaada 1431 correspondant au 20 octobre 2010 fixant le montant de l'indemnité d'éméritat ainsi que les modalités de service au profit du professeur hospitalo-universitaire émérite, du professeur émérite et du directeur de recherche émérite.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n°10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire, notamment son article 76 ;

Vu le décret exécutif n°08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur, notamment son article 68 ;

Vu le décret exécutif n°08-131 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier du chercheur permanent, notamment son article 72 ;

Vu le décret exécutif n°09-259 du 20 Chaâbane 1430 correspondant au 11 août 2009 fixant les modalités de nomination au titre de professeur hospitalo-universitaire émérite, de professeur émérite et de directeur de recherche émérite ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions des articles 76 du décret exécutif n°08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008, susvisé, 68 du décret exécutif n°08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 susvisé et 72 du décret exécutif n°08-131 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008, susvisé, le présent décret a pour objet de fixer le montant et les modalités de service de l'indemnité d'éméritat attribuée au professeur hospitalo-universitaire émérite, au professeur émérite et au directeur de recherche émérite.

**Article 2 :** L'indemnité d'éméritat, calculée au taux de 50 % du traitement du grade, est servie mensuellement.

**Article 3 :** L'indemnité d'éméritat est soumise aux cotisations de sécurité sociale et de retraite.

**Article 4 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 5 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 12 Dhou El Kaada 1431 correspondant au 20 octobre 2010.

**Ahmed OUYAHIA.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3<sup>o</sup> et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 3 et 11 ;

Vu le décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;

Vu le décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret présidentiel n°09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

Vu le décret exécutif n°97-291 du 22 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 27 juillet 1997 portant création du certificat d'études spécialisées en sciences médicales ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décète :**

## TITRE I DISPOSITIONS GENERALES

### Chapitre 1

#### Champ d'application

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions des articles 3 et 11 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux fonctionnaires appartenant aux corps des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique et de fixer la nomenclature y afférente, ainsi que les conditions d'accès aux divers grades et emplois correspondants.

**Article 2 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont en activité dans les établissements publics de santé relevant du ministère chargé de la santé.

Ils peuvent, à titre exceptionnel, être en activité auprès de l'administration centrale.

Ils peuvent, également, être placés en position d'activité auprès des établissements publics ayant des activités similaires à celles des établissements prévus à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus et relevant d'autres ministères.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique fixera la liste des grades concernés ainsi que les effectifs par établissement.

### Chapitre 2

#### Droits et obligations

**Article 3 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont soumis aux droits et obligations prévus par l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée.

Ils sont, en outre, assujettis au règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils exercent.

**Article 4 :** Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les praticiens médicaux généralistes de santé publique bénéficient :

a)- du transport lorsqu'ils sont astreints à un travail de nuit ou à une garde ;

b)- de prestations en matière de restauration dans les structures de santé ;

La restauration est gratuite pour le personnel de garde ;

c)- de l'habillement : le port de la tenue est obligatoire pour les praticiens médicaux généralistes de santé publique durant l'exercice de leurs fonctions.

d)- de la couverture médicale préventive dans le cadre de la médecine du travail.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances détermine les conditions dans lesquelles sont assurés le transport, la restauration et l'habillement.

**Article 5 :** Les praticiens médicaux généralistes de santé publique bénéficient d'une protection spéciale à l'occasion et durant l'exercice de leurs fonctions.

A cet effet, ils bénéficient du concours des autorités concernées particulièrement lorsqu'ils procèdent aux expertises médicales et aux constatations médico-légales.

**Article 6 :** Les praticiens médicaux généralistes de santé publique bénéficient d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, pour participer à des congrès et séminaires à caractère national ou international en rapport avec leurs activités professionnelles, selon les modalités et les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 7 :** Les praticiens médicaux généralistes de santé publique sont astreints, dans le cadre des missions qui leur sont dévolues :

- à une disponibilité permanente ;
- aux gardes réglementaires au sein des établissements de santé.



**Chapitre 3**  
**Recrutement, stage, titularisation, promotion et avancement**  
**Section 1**

**Recrutement et promotion**

**Article 8 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont recrutés et promus selon les conditions et les proportions fixées par le présent décret.

Les proportions applicables aux modes de promotion, prévues aux articles 26, 35 et 44 ci-dessous, peuvent être modifiées sur proposition de l'autorité ayant pouvoir de nomination, après avis de la commission administrative paritaire compétente, par décision de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Section 2**

**Stage, titularisation et avancement**

**Article 9 :** En application des dispositions des articles 83 et 84 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les candidats recrutés dans les corps et grades régis par le présent statut particulier sont nommés en qualité de stagiaire par arrêté ou décision, selon le cas, de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Ils sont astreints à l'accomplissement d'un stage probatoire d'une durée d'une année.

**Article 10 :** A l'issue de la période de stage, les stagiaires sont, soit titularisés, soit astreints à une prorogation de stage une seule fois pour la même durée, soit licenciés sans préavis ni indemnité.

**Article 11 :** Les rythmes d'avancement applicables aux fonctionnaires appartenant aux corps relevant des praticiens médicaux généralistes de santé publique sont fixés selon les trois durées prévues à l'article 11 du décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé.

**Chapitre 4**

**Positions statutaires**

**Article 12 :** En application des dispositions de l'article 127 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les proportions maximales des fonctionnaires régis par le présent statut particulier susceptibles d'être placés, sur leur demande, dans l'une des positions statutaires désignées ci-dessous, sont fixées pour chaque corps et pour chaque établissement comme suit :

- détachement : 10%,
- mise en disponibilité : 10%,
- hors cadre : 5%.

**Chapitre 5**

**Formation**

**Article 13 :** L'organisme employeur est tenu :

- d'assurer la formation, le perfectionnement et le recyclage des praticiens médicaux généralistes de santé publique, en vue d'une amélioration constante de leur qualification et de leur promotion ;
- d'assurer l'actualisation de leurs connaissances en vue de l'acquisition de nouvelles compétences liées aux besoins du secteur de la santé et aux exigences de la médecine moderne.

**Article 14 :** Les fonctionnaires sont tenus de participer aux différents cycles de formation organisés par les établissements dont ils relèvent.

**Chapitre 6**

**Evaluation**

**Article 15 :** Outre les critères prévus dans l'article 99 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les praticiens médicaux généralistes de santé publique sont évalués sur les résultats liés :

- à la réalisation des objectifs ;
- à l'esprit d'initiative ;
- aux travaux de recherche, publications et communications à caractère scientifique ;
- au dossier administratif dans son volet disciplinaire.

**Chapitre 7**

**Dispositions générales d'intégration**

**Article 16 :** Les praticiens médicaux généralistes de santé publique régis par le décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont intégrés, titularisés et reclassés, à la date d'effet du présent décret, dans les corps et grades correspondants prévus par le présent statut particulier.

**Article 17 :** Les fonctionnaires cités à l'article 16 ci-dessus sont rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détiennent dans leur grade d'origine. Le reliquat d'ancienneté acquis dans le grade d'origine est pris en compte pour l'avancement dans le grade d'accueil.

**Article 18 :** Les stagiaires nommés antérieurement à la date de publication du présent décret au Journal officiel sont intégrés en qualité de stagiaire et titularisés après accomplissement de la période d'essai prévue par le décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991, susvisé.

**Article 19 :** A titre transitoire et pendant une durée de cinq (5) années à compter de la date d'effet du présent décret, l'ancienneté exigée pour la promotion à un grade ou la nomination dans un poste supérieur des fonctionnaires intégrés dans des grades autres que ceux correspondant aux grades précédemment créés par le décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est appréciée cumulativement au titre du grade d'origine et du grade d'intégration.

**TITRE II**

**NOMENCLATURE DES CORPS**

**Article 20 :** Les praticiens médicaux généralistes de santé publique sont constitués en trois (3) corps :

- le corps des médecins généralistes de santé publique ;
- le corps des pharmaciens généralistes de santé publique ;
- le corps des chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique.

## Chapitre 1

### Dispositions applicables au corps des médecins généralistes de santé publique

**Article 21 :** Le corps des médecins généralistes de santé publique comprend trois (3) grades :

- le grade de médecin généraliste de santé publique ;
- le grade de médecin généraliste principal de santé publique ;
- le grade de médecin généraliste en chef de santé publique.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 22 :** Les médecins généralistes de santé publique assurent, notamment, les tâches suivantes :

- diagnostics et soins ;
- protection maternelle et infantile ;
- protection sanitaire en milieu scolaire et universitaire ;
- protection sanitaire en milieu de travail et pénitentiaire ;
- contrôle sanitaire aux frontières ;
- prévention générale et épidémiologie ;
- éducation sanitaire ;
- réadaptation et rééducation ;
- explorations fonctionnelles et analyses biologiques.

Ils participent à la formation des personnels de la santé.

**Article 23 :** Outre les tâches dévolues aux médecins généralistes de santé publique, les médecins généralistes principaux de santé publique sont chargés :

- d'assurer le développement des programmes nationaux de santé publique ;
- de participer à l'élaboration des projets de service et d'établissement ;
- d'assurer l'expertise médicale.

**Article 24 :** Outre les tâches dévolues aux médecins généralistes principaux de santé publique, les médecins généralistes en chef de santé publique sont chargés :

- de suivre et d'évaluer l'exécution des programmes nationaux de santé publique ;
- de participer à la conception et au développement des activités sanitaires.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 25 :** Les médecins généralistes de santé publique sont recrutés, dans la limite des postes à pourvoir, par voie de concours sur titre, parmi les candidats titulaires du diplôme de docteur en médecine ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 26 :** Sont promus en qualité de médecin généraliste principal de santé publique :

1- sur titre, les médecins généralistes de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et titulaires du certificat d'études spécialisées en sciences médicales (CES).

Les critères de sélection des candidats pour l'accès à la formation pour l'obtention du certificat d'études spécialisées en sciences médicales (CES) sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

2- par voie de concours sur épreuves, dans la limite de 60% des postes à pourvoir, les médecins généralistes de santé publique justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité.

La nature des épreuves et les modalités d'organisation et de déroulement du concours prévu au cas 2 ci-dessus sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 27 :** Sont promus, en qualité de médecin généraliste en chef de santé publique, par voie de concours sur épreuves, dans la limite des postes à pourvoir, les médecins généralistes principaux de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

La nature des épreuves et les modalités d'organisation et de déroulement du concours prévu ci-dessus sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 28 :** Sont intégrés dans le grade de médecin généraliste de santé publique les médecins généralistes de santé publique titulaires et stagiaires.

**Article 29 :** Pour la constitution initiale du grade, sont intégrés dans le grade de médecin généraliste principal de santé publique :

- les médecins généralistes de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et titulaires du certificat d'études spécialisées en sciences médicales (CES) ;
- les médecins généralistes de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

#### Chapitre 2

### Dispositions applicables au corps des pharmaciens généralistes de santé publique

**Article 30 :** Le corps des pharmaciens généralistes de santé publique comprend trois (3) grades :

- le grade de pharmacien généraliste de santé publique ;
- le grade de pharmacien généraliste principal de santé publique ;
- le grade de pharmacien généraliste en chef de santé publique.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 31 :** Les pharmaciens généralistes de santé publique assurent les tâches suivantes :

- explorations et analyses biologiques ;
- préparations pharmaceutiques ;
- gestion et distribution des produits pharmaceutiques ;
- éducation sanitaire.

Ils participent à la formation des personnels de santé.

**Article 32 :** Outre les tâches dévolues aux pharmaciens généralistes de santé publique, les pharmaciens généralistes principaux de santé publique assurent l'expertise biologique, toxicologique et pharmacologique.

**Article 33 :** Outre les tâches dévolues aux pharmaciens généralistes principaux de santé publique, les pharmaciens généralistes en chef de santé publique assurent :

- l'encadrement des programmes nationaux de santé relatifs à leur spécialité ;
- l'élaboration et l'évaluation des plans d'actions annuels des systèmes de vigilances en pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance, hémovigilance ainsi que la promotion d'études pharmaco-économiques et d'assurances qualité.

## Section 2

### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 34 :** Les pharmaciens généralistes de santé publique sont recrutés, dans la limite des postes à pourvoir, par voie de concours sur titre, parmi les candidats titulaires du diplôme de pharmacien ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 35 :** Sont promus en qualité de pharmacien généraliste principal de santé publique :

1- sur titre, les pharmaciens généralistes de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et titulaires du certificat d'études spécialisées en sciences médicales (CES).

Les critères de sélection des candidats pour l'accès à la formation pour l'obtention du certificat d'études spécialisées en sciences médicales (CES) sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

2- par voie de concours sur épreuves, dans la limite de 60% des postes à pourvoir, les pharmaciens généralistes de santé publique justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité.

La nature des épreuves et les modalités d'organisation et de déroulement du concours prévu au cas 2- ci-dessus sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 36 :** Sont promus en qualité de pharmacien généraliste en chef de santé publique, par voie de concours sur épreuves, dans la limite des postes à pourvoir, les pharmaciens généralistes principaux de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

La nature des épreuves et les modalités d'organisation et de déroulement du concours prévu ci-dessus sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

## Section 3

### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 37 :** Sont intégrés dans le grade de pharmacien généraliste de santé publique les pharmaciens généralistes de santé publique titulaires et stagiaires.

**Article 38 :** Pour la constitution initiale du grade, sont intégrés dans le grade de pharmacien généraliste principal de santé publique :

- les pharmaciens généralistes de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et titulaires du certificat d'études spécialisées en sciences médicales (CES) ;
- les pharmaciens généralistes de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

## Chapitre 3

### Dispositions applicables au corps des chirurgiens dentistes généralistes de santé publique

**Article 39 :** Le corps des chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique comprend trois (3) grades :

- le grade de chirurgien-dentiste généraliste de santé publique ;
- le grade de chirurgien-dentiste généraliste principal de santé publique ;
- le grade de chirurgien dentiste généraliste en chef de santé publique.

## Section 1

### Définition des tâches

**Article 40 :** Les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique assurent les tâches suivantes :

- diagnostics et soins ;
- prévention ;
- prothèses ;
- éducation sanitaire bucco-dentaire.

Ils participent à la formation des personnels de la santé.

**Article 41 :** Outre les tâches dévolues aux chirurgiens dentistes généralistes de santé publique, les chirurgiens dentistes généralistes principaux de santé publique assurent :

- le développement des programmes nationaux de chirurgie dentaire ;
- l'expertise bucco-dentaire.

**Article 42 :** Outre les tâches dévolues aux chirurgiens dentistes-généralistes principaux de santé publique, les chirurgiens dentistes généralistes en chef de santé publique sont chargés :

- de suivre et d'évaluer l'exécution des programmes nationaux de santé bucco-dentaire ;
- de participer à la conception et au développement des actions sanitaires dans leur spécialité ;
- de participer à l'élaboration des projets de service et d'établissement.

## Section 2

### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 43 :** Les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique sont recrutés, par voie de concours sur titre, dans la limite des postes à pourvoir, parmi les candidats titulaires du diplôme de chirurgien dentiste ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 44 :** Sont promus en qualité de chirurgien dentiste généraliste principal de santé publique.

1- sur titre, les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et titulaires du certificat d'études spécialisées en sciences médicales (CES).

Les critères de sélection des candidats pour l'accès à la formation pour l'obtention du certificat d'études spécialisées en sciences médicales (CES) sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

2- par voie de concours sur épreuves, dans la limite de 60% des postes à pourvoir, les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité.

La nature des épreuves et les modalités d'organisation et de déroulement du concours prévu au cas 2- ci-dessus sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 45 :** Sont promus en qualité de chirurgien dentiste généraliste en chef de santé publique, par voie de concours sur épreuves, dans la limite des postes à pourvoir, les chirurgiens dentistes généralistes principaux de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

La nature des épreuves et les modalités d'organisation et de déroulement du concours prévu ci-dessus sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

### Section 3

#### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 46 :** Sont intégrés dans le grade de chirurgien dentiste généraliste de santé publique les chirurgiens dentistes généralistes de santé publique titulaires et stagiaires.

**Article 47 :** Pour la constitution initiale du grade, sont intégrés dans le grade de chirurgien-dentiste généraliste principal de santé publique :

- les chirurgiens dentistes-généralistes de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et titulaires du certificat d'études spécialisées en sciences médicales (CES) ;
- les chirurgiens dentistes généralistes de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

### TITRE III

#### DISPOSITIONS APPLICABLES AUX POSTES SUPERIEURS

**Article 48 :** En application des dispositions de l'article 11 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Jourmada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la liste des postes supérieurs au titre des praticiens médicaux généralistes de santé publique est fixée comme suit :

- médecin chef d'unité ;
- médecin coordinateur ;
- pharmacien coordinateur ;
- chirurgien-dentiste chef d'unité ;
- chirurgien-dentiste coordinateur.

**Article 49 :** Le nombre de postes supérieurs prévus à l'article 48 ci-dessus est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 50 :** Les titulaires des postes supérieurs sus-cités sont en activité au niveau des établissements publics de santé à l'exception des établissements hospitalo-universitaires.

### Chapitre 1

#### Définition des tâches

**Article 51 :** Outre les tâches prévues aux articles 22, 23 et 24 du présent statut particulier, le médecin chef d'unité est chargé d'assurer la responsabilité technico-administrative du fonctionnement d'une unité dans le cadre de son domaine de compétence.

**Article 52 :** Outre les tâches prévues aux articles 22, 23 et 24 du présent statut particulier, le médecin coordinateur est chargé :

- de coordonner, d'animer et de superviser les activités développées au sein des structures de santé placées sous sa responsabilité ;
- de coordonner et d'évaluer les activités de dépistage, de soins et d'éducation sanitaire en milieu scolaire et universitaire.

**Article 53 :** Outre les tâches prévues aux articles 31, 32 et 33 du présent statut particulier, le pharmacien coordinateur est chargé d'assurer la responsabilité technique des structures relevant de son domaine de compétence.

**Article 54 :** Outre les tâches prévues aux articles 40, 41 et 42 du présent statut particulier, le chirurgien-dentiste chef d'unité est chargé d'assurer la coordination des activités des chirurgiens-dentistes placés sous sa responsabilité.

**Article 55 :** Outre les tâches prévues aux articles 40, 41 et 42 du présent statut particulier, le chirurgien-dentiste coordinateur anime et coordonne les activités de la chirurgie dentaire dans l'ensemble des structures relevant des établissements publics de santé.

Le chirurgien-dentiste coordinateur de santé bucco-dentaire est chargé de coordonner et d'évaluer les activités de dépistage, de soins et d'éducation sanitaire en milieu scolaire et universitaire.

### Chapitre 2

#### Conditions de nomination

**Article 56 :** Les médecins chefs d'unités sont nommés parmi les médecins généralistes au moins, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

**Article 57 :** Les médecins coordinateurs sont nommés parmi :

- 1 - Les médecins généralistes principaux au moins, justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité ;
- 2 - Les médecins généralistes justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 58 :** Les pharmaciens coordinateurs sont nommés parmi :

- 1 - les pharmaciens généralistes principaux au moins, justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité,
- 2 - les pharmaciens généralistes justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 59 :** Les chirurgiens-dentistes chefs d'unités sont nommés parmi les chirurgiens-dentistes généralistes au moins, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

**Article 60 :** Les chirurgiens-dentistes coordinateurs sont nommés parmi :

- 1 - Les chirurgiens-dentistes généralistes principaux au moins, justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité,
- 2 - Les chirurgiens-dentistes généralistes justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**TITRE IV  
CLASSIFICATION DES GRADES ET BONIFICATION INDICIAIRE DES POSTES  
SUPERIEURS**

**Chapitre 1  
Classification des grades**

**Article 61 :** En application des dispositions de l'article 118 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant des corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique est fixée conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	CLASSIFICATION	
		Catégorie	Indice minimal
Médecins généralistes de santé publique	- Médecin généraliste	16	713
	- Médecin généraliste principal	Sub 1	930
	- Médecin généraliste en chef	Sub 2	990
Pharmaciens généralistes de santé publique	- Pharmacien généraliste	13	578
	- Pharmacien généraliste principal	15	666
	- Pharmacien généraliste en chef	17	762
Chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique	- Chirurgien-dentiste généraliste	13	578
	- Chirurgien-dentiste généraliste principal	15	666
	- Chirurgien-dentiste généraliste en chef	17	762

**Chapitre 2**

**Bonification indiciaire des postes supérieurs**

**Article 62 :** En application des dispositions de l'article 3 du décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, la bonification indiciaire des postes supérieurs relevant des corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique est fixée conformément au tableau ci-après :

POSTES SUPERIEURS	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Catégorie	Indice minimal
Médecin chef d'unité	9	255
Médecin coordinateur	10	325
Pharmacien coordinateur	8	195
Chirurgien-dentiste chef d'unité	8	195
Chirurgien-dentiste coordinateur	9	255

**TITRE V  
DISPOSITIONS FINALES**

**Article 63 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret, notamment celles du décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991, susvisé.

**Article 64 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 65 :** Le présent décret sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009.

**Ahmed OUYAHIA.**



**Décret exécutif n°09-394 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009  
portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des praticiens  
médicaux spécialistes de santé publique.**

Le Premier ministre,  
Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 3 et 11 ;  
Vu le décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;  
Vu le décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;  
Vu le décret présidentiel n°09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;  
Après approbation du Président de la République ;  
**Décète :**

**TITRE I  
DISPOSITIONS GENERALES**

**Chapitre 1  
Champ d'application**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions des articles 3 et 11 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux fonctionnaires appartenant au corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique et de fixer les conditions d'accès aux divers grades et emplois correspondants.

**Article 2 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont en activité dans les établissements publics de santé relevant du ministère chargé de la santé.

Ils peuvent, à titre exceptionnel, être en activité auprès de l'administration centrale.

Ils peuvent, également, être placés en position d'activité, auprès des établissements ayant des activités similaires à celles des établissements prévus à l'alinéa 1er ci-dessus et relevant d'autres ministères.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique fixe la liste des grades concernés ainsi que les effectifs par établissement.

**Chapitre 2  
Droits et obligations**

**Article 3 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont soumis aux droits et obligations prévus par l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée.

Ils sont, en outre, assujettis au règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils exercent.

**Article 4 :** Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les praticiens médicaux spécialistes de santé publique bénéficient :

a)- du transport lorsqu'ils sont astreints à un travail de nuit ou à une garde ;

b)- de prestations en matière de restauration dans les structures de santé.

La restauration est gratuite pour le personnel de garde ;

c)- de l'habillement : le port de la tenue est obligatoire pour les praticiens médicaux spécialistes de santé publique durant l'exercice de leurs fonctions ;

d)- de la couverture médicale préventive dans le cadre de la médecine du travail.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances détermine les conditions dans lesquelles sont assurés le transport, la restauration et l'habillement.

**Article 5 :** Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique disposent de toutes les conditions nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches, ainsi que des conditions d'hygiène et de sécurité inhérentes à la nature de leurs activités.

**Article 6 :** Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique bénéficient d'une protection spéciale à l'occasion et durant l'exercice de leurs fonctions.

A cet effet, ils bénéficient du concours des autorités concernées particulièrement lorsqu'ils procèdent aux expertises médicales et aux constatations médico-légales.

**Article 7 :** Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique bénéficient d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, pour participer à des congrès et séminaires à caractère national ou international en rapport avec leurs activités professionnelles selon les modalités et les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 8 :** Il est institué une commission consultative nationale chargée de donner des avis sur les questions se rapportant aux praticiens médicaux spécialistes de santé publique.

Les attributions, le fonctionnement et la composition de la commission sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 9 :** Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique accomplissent une mission de service public de santé.

A ce titre, ils sont tenus :

- de prodiguer des soins spécialisés de qualité ;
- de recourir au progrès de la médecine pour une meilleure prise en charge des malades ;
- de participer à la formation et à l'encadrement des personnels de la santé ;
- de participer à la conception des programmes nationaux de santé et de veiller à leur application ;
- d'établir les bilans annuels d'activités.

### **Chapitre 3**

#### **Recrutement, titularisation, promotion et avancement**

**Article 10 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont recrutés et promus selon les conditions fixées par le présent décret.

**Article 11 :** Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique recrutés conformément aux dispositions du présent statut particulier sont nommés et titularisés dès leur installation par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

**Article 12 :** Les rythmes d'avancement applicables aux fonctionnaires appartenant au corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique sont fixés selon les trois (3) durées prévues à l'article 11 du décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé.

### **Chapitre 4**

#### **Positions statutaires**

**Article 13 :** En application des dispositions de l'article 127 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les proportions maximales de fonctionnaires régis par le présent statut particulier susceptibles d'être placés, sur leur demande, dans l'une des positions statutaires désignées ci-dessous, sont fixées, par établissement, comme suit :

- détachement : 10%
- mise en disponibilité : 10%.
- hors cadre : 5%.

### **Chapitre 5**

#### **Formation**

**Article 14 :** La formation médicale continue pour les praticiens médicaux spécialistes de santé publique est un droit et une obligation.

**Article 15 :** L'organisme employeur est tenu :

- d'assurer la formation, le perfectionnement et le recyclage des praticiens médicaux spécialistes de santé publique, en vue d'une amélioration constante de leur qualification et de leur promotion ;
- d'assurer l'actualisation de leurs connaissances en vue de l'acquisition de nouvelles compétences liées aux besoins du secteur de la santé et aux exigences de la médecine moderne.

### **Chapitre 6**

#### **Dispositions générales d'intégration**

**Article 16 :** Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique appartenant aux corps et grades prévus par le décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont intégrés et reclassés, à la date d'effet du présent décret, dans le corps et grades correspondants prévus par le présent statut particulier.

**Article 17 :** Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique visés à l'article 16 ci-dessus sont rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détiennent dans le grade d'origine. Le reliquat d'ancienneté acquis dans le grade d'origine est pris en compte pour l'avancement dans le grade d'accueil.

## **TITRE II**

### **DISPOSITIONS PARTICULIERES APPLICABLES AU CORPS DES PRATICIENS MEDICAUX SPECIALISTES DE SANTE PUBLIQUE**

#### **Chapitre 1**

**Article 18 :** Le corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique comprend trois (3) grades :

- le grade de praticien spécialiste assistant ;
- le grade de praticien spécialiste principal ;
- le grade de praticien spécialiste en chef.

#### **Section 1**

##### **Définition des tâches**

**Article 19 :** Les praticiens spécialistes assistants, les praticiens spécialistes principaux et les praticiens spécialistes en chef assurent, dans les structures de santé, suivant leur spécialité et leur domaine de compétence, les tâches suivantes :

- le diagnostic, le traitement, le contrôle et la recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmacologiques et bucco-dentaires ;
- ils participent à la formation des personnels de santé.
- Ils peuvent être appelés, en outre, à assurer les tâches de gestion, d'évaluation et d'encadrement de projets de service, de projets d'établissement et de programmes de santé.

#### **Section 2**

##### **Conditions de recrutement et de promotion**

**Article 20 :** Outre les conditions d'exercice prévues aux articles 197 et 198 de la loi n°85-05 du 16 février 1985, susvisée, les praticiens spécialistes assistants sont recrutés, sur titre, parmi :

- les candidats titulaires du diplôme d'études médicales spécialisées (DEMS) ou d'un titre reconnu équivalent ;
- les maîtres-assistants hospitalo-universitaires.

**Article 21 :** Sont promus en qualité de praticien spécialiste principal, par voie de concours sur épreuves, parmi les praticiens spécialistes assistants justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

La nature des épreuves et les modalités d'organisation et de déroulement du concours sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 22 :** Sont promus en qualité de praticien spécialiste en chef, par voie d'inscription sur une liste d'aptitude, les praticiens spécialistes principaux justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

La grille d'évaluation est déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

### **Section 3**

#### **Praticien spécialiste en chef émérite**

**Article 23 :** Il est institué le titre de praticien spécialiste en chef émérite.

**Article 24 :** Les praticiens spécialistes en chef justifiant de dix (10) années au moins en cette qualité, ayant réalisé des publications à caractère scientifique et pédagogique et des travaux de recherche, peuvent être élevés au rang de praticien spécialiste en chef émérite, après avis de la commission consultative nationale.

### **Section 4**

#### **Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 25 :** Sont intégrés dans le grade de praticien spécialiste assistant les praticiens spécialistes assistants.

**Article 26 :** Sont intégrés dans le grade de praticien spécialiste principal :

- les praticiens spécialistes principaux ;
- les praticiens spécialistes assistants, justifiant, à la date d'effet du présent décret, de dix (10) années de service effectif en cette qualité et ayant :

\* soit occupé, régulièrement, un poste supérieur de chef de service ou de chef d'unité durant deux (2) années ;

\* soit géré, régulièrement, un programme national de santé durant une (1) année ;

\* soit suivi, régulièrement, une formation complémentaire d'une durée cumulée égale ou supérieure à une (1) année ;

\* soit assuré régulièrement un enseignement supérieur en sciences médicales durant au moins une (1) année.

**Article 27 :** Sont intégrés dans le grade de praticien spécialiste en chef :

- les praticiens spécialistes en chef ;
- les praticiens spécialistes principaux justifiant, à la date d'effet du présent décret, de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et ayant :

\* soit occupé régulièrement un poste supérieur de chef de service durant trois (3) années ;

\* soit occupé régulièrement un poste supérieur de chef d'unité durant au moins cinq (5) années ;

\* soit géré régulièrement un programme national de santé durant une (1) année ;

\* soit suivi régulièrement une formation complémentaire d'une durée cumulée égale ou supérieure à une (1) année ;

\* soit assuré régulièrement un enseignement supérieur en sciences médicales durant au moins deux (2) années.

### **TITRE III**

#### **DISPOSITIONS APPLICABLES AUX POSTES SUPERIEURS**

**Article 28 :** En application des dispositions de l'article 11 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la liste des postes supérieurs au titre du corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique est fixée comme suit :

- chef d'unité ;
- chef de service ;
- médecin du travail inspecteur.

**Article 29 :** Le nombre de postes supérieurs prévus à l'article 28 ci-dessus est déterminé par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 30 :** Les titulaires des postes supérieurs sus-cités sont en activité au niveau des établissements de santé publique à l'exception des établissements hospitalo-universitaires.

### **Chapitre 1**

#### **Définition des tâches**

**Article 31 :** Outre les tâches prévues à l'article 19 du présent statut particulier, le chef d'unité est chargé :

- de veiller au bon fonctionnement de l'unité dont il a la charge ;
- de proposer au chef de service toutes méthodes susceptibles d'améliorer les activités de soins, de recherche et d'encadrement au niveau de l'unité ;
- de participer à l'évaluation du personnel de son unité ;
- d'établir et de transmettre au chef de service les rapports d'activités de l'unité ;
- de veiller à la discipline dans l'unité.

**Article 32 :** Outre les tâches prévues à l'article 19 du présent statut particulier, le chef de service est chargé :

- de veiller au bon fonctionnement du service dont il a la charge ;
- de proposer, à chaque début d'année au conseil médical de l'établissement, un programme d'activités du service pour améliorer les activités de soins, de recherche et d'encadrement au niveau du service ;
- de proposer toutes méthodes susceptibles d'améliorer le fonctionnement du service ;
- d'évaluer le personnel dont il a la charge ;
- d'établir et de transmettre un rapport semestriel sur l'exécution du programme des activités à l'autorité hiérarchique ;
- de veiller à la discipline dans le service.

**Article 33 :** Le médecin du travail inspecteur est chargé :

- d'accomplir ses obligations en matière de surveillance médicale et de conditions de travail,
- d'organisation, de formation et de conseil, conformément à la réglementation en vigueur ;
- de décrire l'organisation de l'entreprise ainsi que ses relations avec les services extérieurs chargés de la prévention et du contrôle ;
- d'orienter, de coordonner et d'évaluer l'action des médecins du travail et ce, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur ;
- de contrôler et d'assurer l'inspection portant sur l'organisation et le fonctionnement des structures de médecine du travail.



**Chapitre 2**  
**Conditions de nomination**

**Article 34 :** Les chefs d'unités sont nommés parmi :

- les praticiens spécialistes principaux au moins, justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité ;
- les praticiens spécialistes assistants justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

**Article 35 :** Les chefs de service sont nommés parmi les praticiens spécialistes principaux au moins, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

**Article 36 :** Les médecins du travail inspecteurs sont nommés parmi :

- les praticiens spécialistes principaux en médecine du travail au moins, justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité ;
- les praticiens spécialistes en médecine du travail justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

**Article 37 :** Les nominations aux postes supérieurs de chef d'unité, de chef de service et de médecin du travail inspecteur sont prononcées par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Chapitre 3**  
**Dispositions transitoires**

**Article 38 :** Sont nommés dans le poste supérieur de chef d'unité les praticiens spécialistes chefs d'unités régulièrement nommés à la date d'effet du présent décret.

**Article 39 :** Sont nommés dans le poste supérieur de chef de service les praticiens spécialistes chefs de service régulièrement nommés à la date d'effet du présent décret.

**Article 40 :** Sont nommés dans le poste supérieur de médecin du travail inspecteur les médecins du travail inspecteurs régulièrement nommés à la date d'effet du présent décret.

**TITRE IV**  
**CLASSIFICATION DES GRADES ET BONIFICATION INDICIAIRE DES POSTES SUPERIEURS**

**Chapitre 1**  
**Classification des grades**

**Article 41 :** En application des dispositions de l'article 118 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ehania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant du corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique est fixée conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	CLASSIFICATION	
		Hors catégorie	Indice minimal
Praticiens médicaux spécialistes de santé publique	Praticien spécialiste assistant	Subdivision 2	990
	Praticien spécialiste principal	Subdivision 4	1125
	Praticien spécialiste en chef	Subdivision 5	1200

**Chapitre 2**  
**Bonification indiciaire des postes supérieurs**

**Article 42 :** En application des dispositions de l'article 3 du décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, la bonification indiciaire des postes supérieurs relevant du corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique est fixée conformément au tableau ci-après :

POSTES SUPERIEURS	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Indice
Chef d'unité	11	405
Chef de service	13	595
Médecin du travail inspecteur	11	405

**TITRE V**  
**DISPOSITIONS FINALES**

**Article 43 :** Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret, notamment le décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991, susvisé.

**Article 44 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 45 :** Le présent décret sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009.

**Ahmed OUYAHIA.**

**Décret exécutif n° 10-178 du 25 Rajab 1431 correspondant au 8 juillet 2010 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des médecins médicaux de santé publique.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 3 et 11 ;

Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;

Vu le décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n° 10-149 du 14 Joumada Ethania 1431 correspondant au 28 mai 2010 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décrète :**

**TITRE 1  
DISPOSITIONS GENERALES**

**Chapitre 1er**

**Champ d'application**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions des articles 3 et 11 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux fonctionnaires appartenant au corps des médecins médicaux de santé publique et de fixer les conditions d'accès aux divers grades et emplois correspondants.

**Article 2 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont en activité dans les établissements publics relevant du ministère chargé de la santé.

Ils peuvent, à titre exceptionnel, être en activité auprès de l'administration centrale.

Ils peuvent, également, être placés en position d'activité, auprès des établissements publics ayant des activités similaires à celles des établissements prévus à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus et relevant d'autres ministères.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique fixe la liste des grades concernés ainsi que les effectifs par établissement.

**Chapitre 2**

**Droits et obligations**

**Article 3 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont soumis aux droits et obligations prévus par l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée.

Ils sont, en outre, assujettis au règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils exercent.

**Article 4 :** Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les médecins médicaux de santé publique bénéficient :

a). du transport lorsqu'ils sont astreints à un travail de nuit ou à une garde ;

b). de prestations en matière de restauration dans les structures de santé.

La restauration est gratuite pour le personnel de garde ;

c). de l'habillement : le port de la tenue est obligatoire pour les médecins médicaux de santé publique durant l'exercice de leurs fonctions ;

d). de la couverture médicale préventive dans le cadre de la médecine du travail.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances détermine les conditions dans lesquelles sont assurés le transport, la restauration et l'habillement.

**Article 5 :** Les médecins médicaux de santé publique bénéficient d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, pour participer à des congrès et séminaires à caractère national ou international en rapport avec leurs activités professionnelles, selon les modalités et conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 6 :** Les médecins médicaux de santé publique sont astreints, dans le cadre des missions qui leur sont dévolues :

- à une disponibilité permanente ;
- aux gardes réglementaires au sein des établissements de santé.

**Chapitre 3**

**Recrutement, stage, titularisation, promotion et avancement**

**Section 1**

**Recrutement et promotion**

**Article 7 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont recrutés et promus selon les conditions et les proportions prévues par le présent décret.

Les proportions applicables aux modes de promotion peuvent être modifiées sur proposition de l'autorité ayant pouvoir de nomination, après avis de la commission administrative paritaire compétente, par décision de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Section 2**

**Stage, titularisation et avancement**

**Article 8 :** En application des dispositions des articles 83 et 84 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les candidats recrutés dans le corps et les grades régis par le présent statut particulier sont nommés en qualité de stagiaire par arrêté ou décision, selon le cas, de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Ils sont astreints à l'accomplissement d'un stage probatoire d'une durée d'une année.

**Article 9 :** A l'issue de la période de stage, les stagiaires sont soit titularisés, soit astreints à une prorogation de stage une seule fois pour la même durée, soit licenciés sans préavis ni indemnité.

**Article 10 :** Les rythmes d'avancement applicables aux fonctionnaires appartenant aux grades relevant du corps des médecins médicaux de santé publique sont fixés selon les trois (3) durées prévues à l'article 11 du décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé.

**Chapitre 4**

**Positions statutaires**

**Article 11 :** En application des dispositions de l'article 127 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les proportions maximales des fonctionnaires régis par le présent statut particulier susceptibles d'être placés, sur leur demande, dans l'une des positions statutaires désignées ci-dessous, sont fixées pour ce corps et pour chaque établissement public comme suit :

- détachement : 10 % ;
- mise en disponibilité : 10 % ;
- hors cadre : 5%.

Chapitre 5  
Formation

**Article 12 :** L'organisme employeur est tenu d'assurer :

- la formation, le perfectionnement et le recyclage des médecins de santé publique, en vue d'une amélioration constante de leur qualification et de leur promotion ;
- l'actualisation de leurs connaissances en vue de l'acquisition de nouvelles compétences liées aux besoins du secteur de la santé et aux exigences de la médecine moderne.

**Article 13 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont tenus de participer aux différents cycles de formation organisés par les établissements dont ils relèvent.

Chapitre 6  
Evaluation

**Article 14 :** Outre les critères prévus par l'article 99 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Jourmada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les médecins de santé publique sont évalués sur les résultats liés :

- à la réalisation des objectifs ;
- à l'esprit d'initiative ;
- aux travaux de recherche, publications et communications à caractère scientifique ;
- au dossier administratif dans son volet disciplinaire.

TITRE II  
**DISPOSITIONS APPLICABLES AU CORPS  
DES PHYSICIENS MEDICAUX DE SANTÉ PUBLIQUE.**

**Article 15 :** Le corps des médecins de santé publique comprend trois (3) grades :

- le grade de médecin de santé publique ;
- le grade de médecin principal de santé publique ;
- le grade de médecin en chef de santé publique.

Chapitre 1er  
**Définition des tâches**

**Article 16 :** Les médecins de santé publique sont chargés, notamment :

- de procéder, selon un protocole écrit et documenté, au contrôle de qualité des appareils de diagnostic et de traitement ;
- de calculer la distribution de la dose d'irradiation administrée aux patients ;
- de déterminer la dose à administrer aux patients à des fins de diagnostic ou de traitement en médecine nucléaire ;
- de gérer les produits et déchets radioactifs ;
- de participer à la détermination des caractéristiques physiques des appareils de traitement ou de diagnostic.

**Article 17 :** Outre les tâches dévolues aux médecins de santé publique, les médecins principaux de santé publique sont chargés, notamment :

- d'introduire les données physiques des faisceaux cliniques et les données anatomiques dans les systèmes de planning de traitement ;
- d'élaborer, de mettre en œuvre et d'assurer le suivi des protocoles de contrôle des appareils et du programme d'assurance qualité en radiothérapie, médecine nucléaire et imagerie médicale ;
- de participer à la sélection, à la réception et à la calibration des instruments de mesure de doses de radioactivité et de veiller aux activités de radioprotection.

**Article 18 :** Outre les tâches dévolues aux médecins principaux de santé publique, les médecins en chef de santé publique sont chargés, notamment :

- de préparer les cahiers des charges destinés à l'acquisition d'appareils de diagnostic, de traitement et de tous les équipements spécifiques utilisés dans les domaines de la radiothérapie, de la médecine nucléaire et de l'imagerie médicale ;
- d'initier, de participer ou de réaliser des études et des travaux de recherche ;
- d'élaborer le plan d'urgence radiologique ;
- de participer à la formation des personnels de santé.

Chapitre 2  
**Conditions de recrutement et de promotion**

**Article 19 :** Les médecins de santé publique sont recrutés, dans la limite des postes à pourvoir, par voie de concours sur titre, parmi les candidats titulaires du diplôme d'ingénieur d'Etat en physique médicale ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 20 :** Sont recrutés ou promus en qualité de médecin principal de santé publique :

1. par voie de concours, sur titre, les candidats titulaires d'un magistère en physique médicale ou d'un titre reconnu équivalent ;
2. par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les médecins de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
3. au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les médecins de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 21 :** Sont promus sur titre en qualité de médecin principal de santé publique, les médecins de santé publique ayant obtenu, après leur recrutement, le magistère en physique médicale ou un titre reconnu équivalent.

**Article 22 :** Sont promus en qualité de médecin en chef de santé publique :

1. par voie d'examen professionnel, les médecins principaux de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
2. au choix, et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les médecins principaux de santé publique, justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

TITRE III  
**DISPOSITIONS APPLICABLES AU POSTE  
SUPERIEUR RELEVANT DU CORPS DES  
PHYSICIENS MEDICAUX DE SANTÉ PUBLIQUE**

**Article 23 :** En application des dispositions de l'article 11 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Jourmada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, il est créé, au titre du corps des médecins de santé publique, le poste supérieur de médecin chef d'unité.

**Article 24 :** Les titulaires du poste supérieur précité sont en activité au niveau des établissements publics relevant du ministère chargé de la santé.

**Article 25 :** Le nombre de postes supérieurs, prévu à l'article 23 ci-dessus, est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Chapitre 1<sup>er</sup>  
**Définition des tâches**

**Article 26 :** Outre les tâches prévues aux articles 16, 17 et 18 du présent statut particulier, le physicien médical chef d'unité est chargé, notamment :

- d'assurer la responsabilité technico-administrative d'une unité ;
- d'organiser, d'animer, de contrôler et d'évaluer le travail de l'équipe de l'unité ;
- de veiller à l'utilisation rationnelle des moyens mis à sa disposition ;
- de coordonner et de suivre les prestations de maintenance ;
- d'établir les bilans des activités de l'unité.

Chapitre 2

**Conditions de nomination**

**Article 27 :** Les physiciens médicaux chefs d'unité sont nommés parmi :

- les physiciens médicaux de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- les physiciens médicaux principaux de santé publique, au moins, justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité.

A titre transitoire et pendant une période de cinq (5) années à compter de la date de publication du présent décret au Journal officiel, peuvent être nommés au poste supérieur de physicien médical chef d'unité :

- les physiciens médicaux de santé publique justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité,
- les physiciens médicaux principaux de santé publique justifiant de deux (2) années de service effectif en cette qualité.

TITRE IV

**CLASSIFICATION DES GRADES  
ET BONIFICATION INDICIAIRE  
DU POSTE SUPERIEUR**

Chapitre 1<sup>er</sup>

**Classification des grades**

**Article 28 :** En application des dispositions de l'article 118 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Jourmada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant du corps des physiciens médicaux de santé publique est fixée conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	CLASSIFICATION	
		Catégorie	Indice minimal
Physiciens médicaux de santé publique	Physicien médical	13	578
	Physicien médical principal	14	621
	Physicien médical en chef	16	713

Chapitre 2

**Bonification indiciaire du poste supérieur**

**Article 29 :** En application des dispositions de l'article 3 du décret présidentiel n° 07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, la bonification indiciaire du poste supérieur de physicien médical chef d'unité est fixée conformément au tableau ci-après :

POSTE SUPERIEUR	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Indice
Physicien médical chef d'unité	8	195

TITRE V

**DISPOSITIONS FINALES**

**Article 30 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 31 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Rajab 1431 correspondant au 8 juillet 2010.

**Ahmed OUYAHIA**

# Décret exécutif n° 10-77 du 4 Rabie El Aouel 1413 correspondant au 18 février 2010 portant statut particulier des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3<sup>o</sup> et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 3 et 11 ;

Vu le décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;

Vu le décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret présidentiel n°09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°09-393 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décète :**

## TITRE I DISPOSITIONS GENERALES

### Chapitre I

#### Champ d'application

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions des articles 3 et 11 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux fonctionnaires appartenant aux corps des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes inspecteurs de santé publique et de fixer la nomenclature y afférente, ainsi que les conditions d'accès aux divers grades et emplois correspondants.

**Article 2** : Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont en activité dans les services déconcentrés relevant du ministère chargé de la santé.

Ils peuvent, à titre exceptionnel, être en activité auprès de l'administration centrale.

### Chapitre II

#### Droits et obligations

**Article 3** : Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont soumis aux droits et obligations prévus par l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée.

**Article 4** : En application des dispositions de l'article 188 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique sont astreints à exercer leurs activités de jour comme de nuit et même au-delà des heures légales du travail.

**Article 5** : Les fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique prêtent, par devant les juridictions compétentes, le serment suivant :

"أقسم بالله العليّ العظيم أن أؤدي عملي بكل أمانة  
وإخلاص وأن أراعي في كل الأحوال الواجبات التي  
يفرضها عليّ القلقون وأحافظ على أسرار مهنتي".

Le serment n'est pas renouvelé tant que le fonctionnaire est en activité au sein du ministère chargé de la santé.

**Article 6** : Les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique sont pourvus d'une commission d'emploi délivrée par le ministre chargé de la santé, qu'ils sont tenus de produire à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

La commission d'emploi est retirée en cas de cessation provisoire des fonctions et est rendue lors de la reprise de celles-ci.

**Article 7** : Les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique sont tenus :

- d'effectuer toute mission qui pourrait leur être confiée dans le cadre des attributions du ministère chargé de la santé ;
- d'effectuer leurs missions en toute objectivité et de fonder leurs conclusions sur des faits établis ;
- d'éviter toute immixtion dans la gestion des établissements contrôlés, en s'interdisant tout acte ou injonction susceptible de remettre en cause les prérogatives des gestionnaires ;
- d'observer l'obligation de réserve et de préserver, en toute circonstance, le secret professionnel.

### Chapitre III

#### Recrutement, promotion et avancement

##### Section 1

#### Recrutement et promotion

**Article 8** : Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont recrutés et promus selon les conditions et proportions fixées par le présent décret.

Les proportions applicables aux modes de promotion peuvent être modifiées sur proposition de l'autorité ayant pouvoir de nomination, après avis de la commission administrative paritaire compétente, par décision de l'autorité chargée de la fonction publique.

##### Section 2

#### Avancement

**Article 9** : Les rythmes d'avancement applicables aux fonctionnaires appartenant aux grades relevant des corps des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique sont fixés selon les trois (3) durées prévues à l'article 11 du décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé.

### Chapitre IV

#### Positions statutaires

**Article 10** : En application des dispositions de l'article 127 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les proportions maximales des fonctionnaires régis par le présent statut particulier susceptibles d'être placés, sur leur demande, dans une position statutaire de détachement, de mise en disponibilité ou de hors cadre sont fixées, pour chaque corps, comme suit :

- détachement : 5%,
- mise en disponibilité : 5%,
- hors cadre : 1%.



## Chapitre V Formation

**Article 11 :** L'organisme employeur est tenu d'assurer :

- *la formation, le perfectionnement et le recyclage des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique, en vue d'une amélioration constante de leur qualification et de leur promotion ;*
- *l'actualisation de leurs connaissances en vue de l'acquisition de nouvelles techniques dans le domaine de leurs compétences.*

**Article 12 :** Les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique bénéficient d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, pour participer à des congrès et séminaires à caractère national ou international en rapport avec leurs activités professionnelles, selon les modalités et les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

### TITRE II

#### NOMENCLATURE DES CORPS

**Article 13 :** Les praticiens médicaux inspecteurs de santé publique sont constitués en trois (3) corps :

- *le corps des médecins inspecteurs de santé publique ;*
- *le corps des pharmaciens inspecteurs de santé publique ;*
- *le corps des chirurgiens-dentistes inspecteurs de santé publique.*

#### Chapitre I

##### Dispositions applicables au corps des médecins inspecteurs de santé publique

**Article 14 :** Le corps des médecins inspecteurs de santé publique comprend deux (2) grades :

- *le grade de médecin inspecteur de santé publique ;*
- *le grade de médecin inspecteur en chef de santé publique.*

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 15 :** Les médecins inspecteurs de santé publique sont chargés, notamment :

- *de veiller au respect de l'application de la réglementation relative à la nomenclature des actes et à la normalisation des équipements médicaux ;*
- *de veiller au respect des règles d'hygiène et à la prévention des infections hospitalières au niveau des structures de santé ;*
- *d'inspecter, d'enquêter et d'évaluer l'activité et le fonctionnement des structures et des établissements de santé publics et privés et d'établir des comptes rendus mentionnant l'ensemble des faits et des mesures conservatoires prises éventuellement ;*
- *de contrôler les services de gardes et des urgences des établissements publics et privés en vue de s'assurer du bon fonctionnement et de la présence effective des personnels exerçant au niveau de ces services ;*
- *de procéder à des enquêtes, en vue de l'ouverture ou de la fermeture des structures sanitaires privées ;*
- *de contrôler l'application des programmes nationaux de santé.*

**Article 16 :** Outre les tâches dévolues aux médecins inspecteurs de santé publique, les médecins inspecteurs en chef de santé publique sont chargés, notamment :

- *d'assurer le contrôle de l'application de la réglementation relative à l'exercice de la profession médicale et de la tarification des actes médicaux ;*
- *d'étudier et de proposer toute mesure de nature à améliorer la qualité des prestations et le rendement*
- *des structures et établissements de santé, publics et privés.*

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 17 :** Sont recrutés, sur titre, en qualité de médecin inspecteur de santé publique, les médecins généralistes principaux de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et ayant suivi avec succès une formation spécialisée d'une (1) année.

Les critères de sélection des candidats, le contenu et les modalités d'organisation de la formation prévue à l'alinéa ci-dessus sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 18 :** Sont promus en qualité de médecin inspecteur en chef de santé publique :

- 1- par voie d'examen professionnel, les médecins inspecteurs de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2- au choix, après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les médecins inspecteurs de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 19 :** Sont intégrés dans le grade de médecin inspecteur de santé publique, sur leur demande et après étude de leur dossier par l'administration chargée de la santé, les médecins généralistes de santé publique justifiant :

- *de dix (10) années de service effectif en cette qualité à la date d'effet du présent décret ;*
- *de l'attestation de suivi avec succès de la formation spécialisée de médecin inspecteur prévue par la réglementation qui leur est applicable antérieurement à la date d'effet du présent décret ;*
- *d'une décision d'affectation en tant que médecin inspecteur, délivrée par l'autorité investie du pouvoir de nomination ;*
- *d'un procès-verbal d'installation.*

#### Chapitre II

##### Dispositions applicables au corps des pharmaciens inspecteurs de santé publique

**Article 20 :** Le corps des pharmaciens inspecteurs de santé publique comprend deux (2) grades :

- *le grade de pharmacien inspecteur de santé publique ;*
- *le grade de pharmacien inspecteur en chef de santé publique.*

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 21 :** Les pharmaciens inspecteurs de santé publique sont chargés, en application des dispositions de l'article 194-5 de la loi n°85-05 du 16 février 1985, susvisée, notamment :

- *de veiller au respect de la réglementation en matière d'exercice des professions pharmaceutiques et biologiques ;*
- *de veiller à l'application et au respect des prescriptions relatives aux procédés de fabrication, de préparation et de contrôle des produits pharmaceutiques et autres produits assimilés à des médicaments ;*
- *de veiller à l'application des mesures relatives aux conditions de détention, de stockage, de distribution des produits pharmaceutiques et autres produits assimilés à des médicaments ;*
- *de contrôler et d'évaluer l'application des prescriptions d'installation, d'ouverture et de fonctionnement des établissements pharmaceutiques et biologiques ;*

- de rechercher et de constater les infractions aux dispositions législatives et réglementaires régissant l'exercice de la pharmacie et de la biologie et d'opérer des prélèvements d'échantillons, le cas échéant ;
- de contrôler l'application des programmes de santé.

**Article 22 :** Outre les tâches dévolues aux pharmaciens inspecteurs de santé publique, les pharmaciens inspecteurs en chef de santé publique sont chargés, notamment :

- d'établir et de proposer toute mesure de manière à améliorer la qualité des prestations et le rendement des structures et établissements de santé publics et privés ;
- de veiller, en coordination avec les institutions et organismes compétents en la matière, au respect de la tarification des actes et des produits pharmaceutiques conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

#### Section 2

#### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 23 :** Sont recrutés, sur titre, en qualité de pharmacien inspecteur de santé publique, les pharmaciens généralistes principaux de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et ayant suivi avec succès une formation spécialisée d'une (1) année.

Les critères de sélection des candidats, le contenu et les modalités d'organisation de la formation prévue à l'alinéa ci-dessus sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 24 :** Sont promus en qualité de pharmacien inspecteur en chef de santé publique :

- 1- par voie d'examen professionnel, les pharmaciens inspecteurs de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2- au choix, après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les pharmaciens inspecteurs de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

#### Section 3

#### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 25 :** Sont intégrés dans le grade de pharmacien inspecteur de santé publique, sur leur demande et après étude de leur dossier par l'administration chargée de la santé, les pharmaciens généralistes de santé publique justifiant :

- de dix (10) années de service effectif en cette qualité à la date d'effet du présent décret ;
- de l'attestation de suivi avec succès de la formation spécialisée de pharmacien inspecteur prévue par la réglementation qui leur est applicable antérieurement à la date d'effet du présent décret ;
- d'une décision d'affectation en tant que pharmacien inspecteur délivrée par l'autorité investie du pouvoir de nomination ;
- d'un procès-verbal d'installation.

#### Chapitre III

#### Dispositions applicables au corps des chirurgiens dentistes inspecteurs de santé publique

**Article 26 :** Le corps des chirurgiens-dentistes inspecteurs de santé publique comprend deux (2) grades :

- le grade de chirurgien-dentiste inspecteur de santé publique ;
- le grade de chirurgien-dentiste inspecteur en chef de santé publique.

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 27 :** Les chirurgiens-dentistes inspecteurs de santé publique sont chargés, notamment :

- de contrôler l'application de la réglementation en vigueur relative à l'activité de stomatologie ;
- d'assurer les missions d'inspection, d'enquête et d'évaluation portant sur la qualité des prestations des soins dentaires ;
- de contrôler l'application des programmes nationaux de santé.

**Article 28 :** Outre les tâches dévolues aux chirurgiens dentistes inspecteurs de santé publique, les chirurgiens dentistes inspecteurs en chef sont chargés, notamment :

- d'assurer le contrôle de l'application de la réglementation relative à l'exercice de la profession médicale et de la tarification des actes médicaux en la matière ;
- d'établir et de proposer toute mesure de manière à améliorer la qualité des prestations et le rendement des structures et établissements de santé publics et privés.

#### Section 2

#### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 29 :** Sont recrutés, sur titre, en qualité de chirurgien-dentiste inspecteur de santé publique les chirurgiens-dentistes généralistes principaux de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et ayant suivi avec succès une formation spécialisée d'une (1) année.

Les critères de sélection des candidats, le contenu et les modalités d'organisation de la formation prévue à l'alinéa ci-dessus sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 30 :** Sont promus en qualité de chirurgien-dentiste inspecteur en chef de santé publique :

- 1- par voie d'examen professionnel, les chirurgiens-dentistes inspecteurs de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- 2- au choix, après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les chirurgiens-dentistes inspecteurs de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

#### Section 3

#### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 31 :** Sont intégrés dans le grade de chirurgien-dentiste inspecteur de santé publique, sur leur demande et après étude de leur dossier par l'administration chargée de la santé, les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique justifiant :

- de dix (10) années de service effectif en cette qualité à la date d'effet du présent décret ;
- de l'attestation de suivi avec succès de la formation spécialisée de chirurgien-dentiste inspecteur prévue par la réglementation qui leur est applicable antérieurement à la date d'effet du présent décret ;
- d'une décision d'affectation en tant que chirurgien-dentiste inspecteur délivrée par l'autorité investie du pouvoir de nomination ;
- d'un procès-verbal d'installation.

#### TITRE III

#### DISPOSITIONS APPLICABLES AU POSTE SUPERIEUR RELEVANT DES CORPS DES PRATICIENS MEDICAUX INSPECTEURS DE SANTE PUBLIQUE

**Article 32 :** En application des dispositions de l'article 11 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Jourmada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, il est créé au titre des corps des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique le poste supérieur de praticien médical inspecteur coordinateur de santé publique.

**Article 33 :** Les titulaires du poste supérieur de praticien médical inspecteur coordinateur de santé publique sont en activité au sein des services déconcentrés de l'administration chargée de la santé.

**Article 34 :** Le nombre de postes supérieurs prévus à l'article 32 ci-dessus est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

#### Chapitre I

##### Définition des tâches

**Article 35 :** Les praticiens médicaux inspecteurs coordinateurs de santé publique sont chargés, notamment :

- d'assurer la préparation et l'organisation des missions d'inspection ;
- d'animer, de superviser et de coordonner les activités des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique ;
- d'établir les rapports, programmes et bilans d'inspection ;
- de proposer toute mesure visant à l'amélioration de la gestion des établissements de santé publics et privés.

#### Chapitre II

##### Conditions de nomination

**Article 36 :** Les praticiens médicaux inspecteurs coordinateurs de santé publique sont nommés au moins, parmi :

- les médecins inspecteurs de santé publique justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité ;
- les pharmaciens inspecteurs de santé publique justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité ;
- les chirurgiens-dentistes inspecteurs de santé publique justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité.

#### TITRE IV

### CLASSIFICATION DES GRADES ET BONIFICATION DU POSTE SUPERIEUR

#### Chapitre 1

##### Classification des grades

**Article 37 :** En application des dispositions de l'article 118 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ehania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant des corps des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique est fixée conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	CLASSIFICATION	
		Catégorie	Indice minimal
Médecins inspecteurs de santé publique	Médecin inspecteur	Sub 2	990
	Médecin inspecteur en chef	Sub 3	1055
Pharmaciens inspecteurs de santé publique	Pharmacien inspecteur	17	762
	Pharmacien inspecteur en chef	Sub 1	930
Chirurgiens-dentistes inspecteurs de santé publique	Chirurgien-dentiste inspecteur	17	762
	Chirurgien-dentiste inspecteur en chef	Sub 1	930

#### Chapitre II

##### Bonification indiciaire du poste supérieur

**Article 38 :** En application des dispositions de l'article 3 du décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, la bonification indiciaire du poste supérieur de praticien médical inspecteur coordinateur de santé publique est fixée conformément au tableau ci-après :

POSTE SUPERIEUR	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Indice
Praticien médical inspecteur coordinateur de santé publique	10	325

#### TITRE V

##### DISPOSITIONS FINALES

**Article 39 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 40 :** Le présent décret sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 4 Rabie El Aouel 1431 correspondant au 18 février 2010.

**Ahmed OUYAHIA.**



**Décret exécutif n° 09-240 du 29 Rajab 1430 correspondant au 22 juillet 2009 portant  
statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des psychologues de santé  
publique.**

Le Premier ministre,  
Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 3 et 11 ;  
Vu le décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;  
Vu le décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;  
Vu le décret présidentiel n°09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n°91-111 du 27 avril 1991, modifié, portant statut particulier des psychologues ;  
Après approbation du Président de la République ;  
**Décète :**

TITRE I  
**DISPOSITIONS GENERALES**

Chapitre 1<sup>er</sup>

**Champ d'application**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions des articles 3 et 11 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux fonctionnaires appartenant aux corps des psychologues de santé publique et de fixer les conditions d'accès aux divers grades et emplois correspondants.

**Article 2 :** Les fonctionnaires appartenant aux corps des psychologues de santé publique, régis par le présent statut particulier, sont en activité au sein des établissements publics relevant du ministère chargé de la santé.

Ils peuvent, à titre exceptionnel, être en activité auprès de l'administration centrale.

Ils peuvent, également, être placés en position d'activité auprès des établissements publics ayant des activités similaires à celles des établissements prévus à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus et relevant d'autres ministères.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique fixera la liste des corps et grades concernés ainsi que les effectifs par établissement.

Chapitre 2

**Droits et obligations**

**Article 3 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont soumis aux droits et obligations prévus par l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée.

Ils sont, en outre, assujettis au règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils exercent.

**Article 4 :** Les psychologues de santé publique sont astreints, dans le cadre des missions qui leur sont dévolues :

- à une disponibilité permanente ;
- aux gardes réglementaires au sein des établissements de santé.

**Article 5 :** Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les psychologues de santé publique bénéficient :

- du transport lorsqu'ils sont astreints à une garde ou un travail de nuit et de l'habillement selon des conditions déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances ;
- de la restauration gratuite pour le personnel de garde ;
- d'une couverture médicale préventive dans le cadre de la médecine du travail ;
- d'une protection à l'occasion et durant l'exercice de leurs fonctions. A cet effet, ils bénéficient du concours des autorités concernées.

Chapitre 3

**Recrutement, stage, titularisation, promotion et avancement**

Section 1

Recrutement et promotion

**Article 6 :** Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont recrutés et promus selon les conditions et les proportions prévues par le présent décret.

Les proportions applicables aux différents modes de promotion peuvent être modifiées, sur proposition de l'autorité ayant pouvoir de nomination, après avis de la commission administrative paritaire compétente, par décision de l'autorité chargée de la fonction publique.

Toutefois, ces modifications ne doivent pas excéder la moitié des taux fixés pour les modes de promotion par voie d'examen professionnel et d'inscription sur liste d'aptitude, sans que ces taux ne dépassent le plafond de 50% des postes à pourvoir.

Section 2

Stage, titularisation et avancement

**Article 7 :** En application des dispositions des articles 83 et 84 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania

1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les candidats recrutés dans les corps et grades régis par le présent statut particulier sont nommés en qualité de stagiaire par arrêté ou décision, selon le cas, de l'autorité ayant pouvoir de nomination. Ils sont astreints à l'accomplissement d'un stage probatoire d'une durée d'une année.

**Article 8 :** A l'issue de la période de stage, les stagiaires sont soit titularisés, soit astreints à une prorogation de stage une seule fois pour la même durée, soit licenciés sans préavis ni indemnité.

**Article 9 :** Les rythmes d'avancement applicables aux fonctionnaires appartenant aux grades relevant des corps des psychologues de santé publique sont fixés selon les trois (3) durées prévues à l'article 11 du décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé.

#### Chapitre 4

##### Positions statutaires

**Article 10 :** En application des dispositions de l'article 127 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les proportions maximales des fonctionnaires régis par le présent statut particulier susceptibles d'être placés, sur leur demande, dans une position statutaire de détachement, de mise en disponibilité ou de hors cadre, sont fixées pour chaque corps et pour chaque établissement public comme suit :

- détachement : 10% ;
- mise en disponibilité : 10% ;
- hors cadre : 5%.

#### Chapitre 5

##### Evaluation

**Article 11 :** Outre les critères prévus aux dispositions de l'article 99 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les psychologues de santé publique sont évalués sur les résultats liés :

- à la réalisation des objectifs ;
- à l'esprit d'initiative ;
- aux travaux de recherche, publications et communications à caractère scientifique ;
- au dossier administratif dans son volet disciplinaire.

#### Chapitre 6

##### Dispositions générales d'intégration

**Article 12 :** Les fonctionnaires appartenant aux corps et grades prévus par le décret exécutif n°91-111 du 27 avril 1991, susvisé, sont intégrés, titularisés et reclassés, à la date d'effet du présent décret, dans les corps et grades correspondants prévus par le présent statut particulier.

**Article 13 :** Les fonctionnaires cités à l'article 12 ci-dessus sont rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détiennent dans leur grade d'origine. Le reliquat d'ancienneté acquis dans le grade d'origine est pris en compte pour l'avancement dans le grade d'accueil.

**Article 14 :** Les stagiaires nommés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont intégrés en qualité de stagiaire et titularisés après accomplissement de la période d'essai prévue par le décret exécutif n°91-111 du 27 avril 1991, susvisé.

**Article 15 :** A titre transitoire et pendant une durée de cinq (5) années à compter de la date d'effet du présent décret, l'ancienneté exigée pour la promotion à un grade ou la nomination dans un poste supérieur, des fonctionnaires intégrés dans des grades autres que ceux correspondant aux grades précédemment créés par le décret exécutif n°91-111 du 27 avril 1991, susvisé, est appréciée cumulativement au titre du grade d'origine et du grade d'intégration.

#### TITRE II

##### NOMENCLATURE DES CORPS

**Article 16 :** La nomenclature des corps spécifiques des psychologues de santé publique comprend :

- le corps des psychologues cliniciens de santé publique ;
- le corps des psychologues orthophonistes de santé publique.

#### Chapitre 1<sup>er</sup>

##### Dispositions applicables au corps des psychologues cliniciens de santé publique

**Article 17 :** Le corps des psychologues cliniciens de santé publique comprend trois (3) grades :

- le grade de psychologue clinicien de santé publique ;
- le grade de psychologue clinicien principal de santé publique ;
- le grade de psychologue clinicien major de santé publique.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 18 :** Les psychologues cliniciens de santé publique sont chargés, notamment :

- de concevoir les méthodes et mettre en œuvre les moyens et techniques correspondant à leur qualification dans le domaine de leurs compétences ;
- de contribuer à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborer à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs, notamment en ce qui concerne les examens, bilans, diagnostics et pronostics psychologiques ;
- de participer aux actions de formation et à l'encadrement des étudiants et des professionnels de la santé dans les domaines de leurs compétences.

**Article 19 :** Outre les tâches dévolues aux psychologues cliniciens de santé publique, les psychologues cliniciens principaux de santé publique sont chargés d'assurer l'encadrement technique des activités des psychologues cliniciens affectés dans un ensemble de structures de santé.

A ce titre, ils sont chargés, notamment :

- de réaliser des techniques psychothérapeutiques spécialisées ;
- de faire de l'expertise psychologique ;
- d'analyser les rapports et les interactions entre les équipes ;
- de participer à l'évaluation et à la recherche dans les domaines de leurs compétences.

**Article 20:** Outre les tâches dévolues aux psychologues cliniciens principaux de santé publique, les psychologues cliniciens majors de santé publique sont chargés, notamment :

- de diriger des travaux de recherche et procéder à des enquêtes dans les domaines de leurs compétences ;
- d'identifier les nouveaux besoins psychologiques des patients ;
- d'étudier et proposer toute mesure susceptible
- d'améliorer la santé psychologique des patients ;
- d'étudier, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 21:** Sont recrutés en qualité de psychologue clinicien de santé publique, par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'une licence en psychologie, option clinique ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 22:** Sont recrutés ou promus en qualité de psychologue clinicien principal de santé publique :

- par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un magistère dans la spécialité ou d'un titre reconnu équivalent ;
- par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les psychologues cliniciens de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les psychologues cliniciens de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 23:** Sont promus, sur titre, en qualité de psychologue clinicien principal de santé publique, les psychologues cliniciens de santé publique ayant obtenu, après leur recrutement, le magistère dans la spécialité ou un titre reconnu équivalent.

**Article 24:** Sont promus, en qualité de psychologue clinicien major de santé publique :

- par voie d'examen professionnel, les psychologues cliniciens principaux de santé publique justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité ;
- au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les psychologues cliniciens principaux de santé publique justifiant de (10) années de service effectif en cette qualité.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 25:** Sont intégrés dans le grade de psychologue clinicien de santé publique, les psychologues cliniciens de santé publique titulaires et stagiaires.

**Article 26:** Sont intégrés dans le grade de psychologue clinicien principal de santé publique, les psychologues cliniciens principaux de santé publique titulaires et stagiaires.

**Article 27:** Pour la constitution initiale du grade, sont intégrés dans le grade de psychologue clinicien major de santé publique, les psychologues cliniciens principaux de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

#### Chapitre 2

##### Dispositions applicables au corps des psychologues orthophonistes de santé publique

**Article 28:** Le corps des psychologues orthophonistes de santé publique comprend trois (3) grades :

- le grade de psychologue orthophoniste de santé publique ;
- le grade de psychologue orthophoniste principal de santé publique ;
- le grade de psychologue orthophoniste major de santé publique.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 29:** Les psychologues orthophonistes de santé publique sont chargés, notamment :

- d'assurer des activités curatives des anomalies de l'expression orale ou écrite ;
- d'assurer la rééducation de la voix et du langage ;
- d'assurer la rééducation liée aux pathologies oto-rhino-laryngologiques et celle liée aux pathologies neurologiques ;
- de participer aux actions de formation et à l'encadrement des étudiants et des professionnels de la santé dans les domaines de leurs compétences.

**Article 30:** Outre les tâches dévolues aux psychologues orthophonistes de santé publique, les psychologues orthophonistes principaux de santé publique sont chargés d'assurer l'encadrement technique des activités des psychologues orthophonistes affectés dans un ensemble de structures de santé.

A ce titre, ils sont chargés, notamment :

- de réaliser des techniques de prise en charge psycho-orthophonique spécialisée ;
- de faire des expertises psycho-orthophoniques ;
- d'assurer la thérapie de groupe, la guidance parentale ainsi que le travail institutionnel par la technique et la rééducation de la voix et du langage ;
- de participer à l'évaluation et à la recherche dans les domaines de leurs compétences.

**Article 31:** Outre les tâches dévolues aux psychologues orthophonistes principaux de santé publique, les psychologues orthophonistes majors de santé publique sont chargés, notamment :

- de diriger des travaux de recherche et procéder à des enquêtes dans les domaines de leurs compétences ;
- d'identifier les nouveaux besoins en matière de psychologie orthophonique ;
- d'étudier et proposer toute mesure susceptible d'améliorer la santé psychologique des patients.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 32:** Sont recrutés en qualité de psychologue orthophoniste de santé publique, par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'une licence de psychologie, option orthophonie ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 33:** Sont recrutés ou promus en qualité de psychologue orthophoniste principal de santé publique :

- par voie de concours sur épreuves, les candidats titulaires d'un magistère dans la spécialité ou d'un titre reconnu équivalent ;
- par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les psychologues orthophonistes de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;
- au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les psychologues orthophonistes de santé publique justifiant de (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 34:** Sont promus, sur titre, en qualité de psychologue orthophoniste principal de santé publique, les psychologues orthophonistes de santé publique ayant obtenu, après leur recrutement, le magistère dans la spécialité ou un titre reconnu équivalent.

**Article 35:** Sont promus en qualité de psychologue orthophoniste major de santé publique :

- par voie d'examen professionnel, les psychologues orthophonistes principaux de santé publique justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité.
- au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, les psychologues orthophonistes principaux de santé publique justifiant de (10) années de service effectif en cette qualité.

#### Section 3

#### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 36:** Sont intégrés dans le grade de psychologue orthophoniste de santé publique, les psychologues orthophonistes de santé publique titulaires et stagiaires.

**Article 37:** Sont intégrés dans le grade de psychologue orthophoniste principal de santé publique, les psychologues orthophonistes principaux de santé publique titulaires et stagiaires.

**Article 38:** Pour la constitution initiale du grade, sont intégrés dans le grade de psychologue orthophoniste major de santé publique, les psychologues orthophonistes principaux de santé publique justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

### TITRE III

#### DISPOSITIONS APPLICABLES AU POSTE SUPERIEUR RELEVANT DES CORPS DES PSYCHOLOGUES DE SANTE PUBLIQUE

**Article 39:** En application des dispositions de l'article 11 (alinéa 1er) de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, il est créé le poste supérieur de psychologue coordinateur de santé publique.

**Article 40:** Le nombre de postes supérieurs prévu à l'article 39 ci-dessus est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

#### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 41:** Le psychologue coordinateur de santé publique est chargé :

- de coordonner et d'encadrer une équipe de psychologues de santé publique ;
- d'organiser le travail d'équipe ;
- de veiller à la discipline dans l'exercice de la profession ;
- d'assurer la liaison avec le personnel médical, paramédical et administratif ;
- d'évaluer les activités des psychologues de santé publique ;
- d'étudier et proposer toute mesure tendant à améliorer la qualité des prestations.

#### Section 2

#### Conditions de nomination

**Article 42:** Les psychologues coordinateurs de santé publique sont nommés parmi :

- les psychologues cliniciens principaux et les psychologues orthophonistes principaux de santé publique, au moins, justifiant de trois (3) années de service effectif en cette qualité ;
- les psychologues cliniciens et les psychologues orthophonistes de santé publique justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité.

### TITRE IV

#### CLASSIFICATION DES GRADES ET BONIFICATION INDICIAIRE DU POSTE SUPERIEUR

#### Chapitre 1

#### Classification des grades

**Article 43:** En application des dispositions de l'article 118 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant des corps des psychologues de santé publique est fixée conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	CLASSIFICATION	
		Catégorie	Indice minimal
Psychologues cliniciens de santé publique	Psychologues cliniciens de santé publique	12	537
	Psychologue clinicien principal de santé publique	14	621
	Psychologue clinicien major de santé publique	16	713
Psychologues orthophonistes de santé publique	Psychologues orthophonistes de santé publique	12	537
	Psychologue orthophoniste principal de santé publique	14	621
	Psychologue orthophoniste major de santé publique	16	713

Chapitre 2

**Bonification indiciaire du poste supérieur**

**Article 44 :** En application des dispositions de l'article 3 du décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007, susvisé, la bonification indiciaire du poste supérieur relevant des corps des psychologues de santé publique est fixée conformément au tableau ci-après :

POSTE SUPERIEUR	BONIFICATION INDICIAIRE	
	Niveau	Bonification
Psychologue coordinateur de santé publique	8	195

TITRE V

**DISPOSITIONS FINALES**

**Article 45 :** Sont abrogées toutes les dispositions contraires à celles du présent décret, notamment le décret exécutif n°91-111 du 27 avril 1991, modifié, portant statut particulier des psychologues.

**Article 46 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 47 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire. Fait à Alger, le 29 Rajab 1430 correspondant au 22 juillet 2009.

**Ahmed OUYAHIA.**

**Décret exécutif n°09-161 du 7 Joumada El Oula 1430 correspondant au 2 mai 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des administrateurs des services de santé.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, notamment ses articles 3 et 11 ;

Vu le décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires ;

Vu le décret présidentiel n°07-307 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant les modalités d'attribution de la bonification indiciaire aux titulaires de postes supérieurs dans les institutions et les administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n°09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret présidentiel n°09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°91-108 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaire ;

Vu le décret exécutif n°04-73 du 12 Moharram 1425 correspondant au 4 mars 2004 portant réaménagement du statut de l'école nationale de santé publique ;

Vu le décret exécutif n°06-419 du Aouel Dhou El Kaada 1427 correspondant au 22 novembre 2006 portant organisation et fonctionnement de l'école nationale d'administration notamment son article 47 ;

Après approbation du Président de la République ;

**Décrète :**  
TITRE I  
**DISPOSITIONS GENERALES**  
Chapitre 1er  
**Champ d'application**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions des articles 3 et 11 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions particulières applicables aux fonctionnaires appartenant au corps des administrateurs des services de santé et de fixer les conditions d'accès aux divers grades.

**Article 2** : Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont en activité dans les établissements publics relevant du ministère chargé de la santé.

Les fonctionnaires appartenant aux corps des administrateurs des services de santé ont vocation à occuper les postes supérieurs se rapportant aux domaines de la gestion et de l'administration des services de santé des établissements prévus à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus. Ils peuvent, à titre exceptionnel, être en activité auprès de l'administration centrale.

Ils peuvent, également, être placés en position d'activité auprès des établissements ayant des activités similaires à celles des établissements prévus à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus et relevant d'autres ministères.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique fixera la liste des grades concernés ainsi que les effectifs par établissement.

Chapitre 2

**Droits et obligations**

**Article 3** : Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont soumis aux droits et obligations, prévus par l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée.

Ils sont, en outre, assujettis au règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils exercent.

**Article 4** : Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les administrateurs des services de santé bénéficient :

- du transport, lorsqu'ils sont astreints à un travail de nuit ou à une garde ;
- de prestations en matière de restauration dans les structures de santé. La restauration est gratuite pour le personnel de garde ;
- d'une protection à l'occasion et durant l'exercice de leur fonction. A cet effet, ils bénéficient du concours des autorités concernées.

**Article 5** : L'administrateur des services de santé a droit à la formation, au perfectionnement et à la promotion dans les conditions prévues par le présent statut particulier.

Chapitre 3

**Recrutement, stage, titularisation, promotion et avancement**

Section 1

**Recrutement et promotion**

**Article 6** : Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont recrutés et promus selon les conditions et les proportions prévues par le présent décret.

Les proportions applicables aux différents modes de promotion peuvent être modifiées sur proposition de l'autorité ayant pouvoir de nomination, après avis de la commission administrative paritaire compétente, par décision de l'autorité chargée de la fonction publique.

Toutefois, ces modifications ne doivent pas excéder la moitié des taux fixés pour les modes de promotion par voie d'examen professionnel et d'inscription sur liste d'aptitude, sans que ces taux ne dépassent le plafond de 50% des postes à pourvoir.

Section 2

**Stage, titularisation et avancement**

**Article 7** : En application des articles 83 et 84 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, les candidats recrutés dans les grades régis par le présent statut particulier sont nommés en qualité de stagiaire par arrêté de l'autorité ayant pouvoir de nomination. Ils sont astreints à l'accomplissement d'un stage probatoire d'une durée d'une (1) année.

**Article 8** : A l'issue de la période de stage, les stagiaires sont soit titularisés, soit astreints à une prorogation de stage une seule fois pour la même durée, soit licenciés sans préavis ni indemnité.



**Article 9 :** Les rythmes d'avancement applicables aux fonctionnaires appartenant au corps des administrateurs des services de santé sont fixés selon les trois (3) durées prévues à l'article 11 du décret présidentiel n°07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 susvisé.

#### Chapitre 4

##### Positions statutaires

**Article 10 :** En application de l'article 127 de l'ordonnance n°06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 susvisée, les proportions maximales des fonctionnaires régis par le présent statut particulier susceptibles d'être placés sur leur demande, dans une position statutaire de détachement, hors cadre ou de mise en disponibilité, sont fixées, par établissement, comme suit :

- détachement : 5%
- hors cadre : 1%
- mise en disponibilité : 5%

#### Chapitre 5

##### Dispositions générales d'intégration

**Article 11 :** Les fonctionnaires appartenant au corps et aux grades prévus par le décret exécutif n°91-108 du 27 avril 1991, susvisé, sont intégrés, titularisés et reclassés, à la date d'effet du présent décret, dans le corps et grades correspondants, prévus par le présent statut particulier.

**Article 12 :** Les fonctionnaires, visés à l'article 11 ci-dessus, sont rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détiennent dans leur grade d'origine. Le reliquat d'ancienneté acquis dans le grade d'origine est pris en compte pour l'avancement dans le grade d'accueil.

**Article 13 :** Les stagiaires nommés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont intégrés en qualité de stagiaire et titularisés après accomplissement de la période d'essai prévue par le décret exécutif n°91-108 du 27 avril 1991, susvisé.

**Article 14 :** A titre transitoire et pendant une durée de cinq (5) années à compter de la date d'effet du présent décret, l'ancienneté exigée pour la promotion à un grade ou la nomination dans un poste supérieur, des fonctionnaires intégrés dans des grades autres que ceux correspondant aux grades précédemment créés par le décret exécutif n°91-108 du 27 avril 1991, susvisé, est appréciée cumulativement au titre du grade d'origine et du grade d'intégration.

#### TITRE II

##### DISPOSITIONS APPLICABLES AU CORPS DES ADMINISTRATEURS DES SERVICES DE SANTE

**Article 15 :** Le corps des administrateurs des services de santé comprend quatre (4) grades :

- le grade des administrateurs des services sanitaires de 3<sup>ème</sup> classe, mis en voie d'extinction ;
- le grade des administrateurs des services de santé ;
- le grade des administrateurs principaux des services de santé ;
- le grade des administrateurs en chef des services de santé.

#### Chapitre 1

##### Définition des tâches

**Article 16 :** Les administrateurs des services sanitaires de 3<sup>ème</sup> classe sont chargés, notamment :

- d'instruire les questions administratives se rapportant aux lois et règlements spécifiques en matière de santé ;
- de mettre en œuvre les procédures et les règles régissant le service public de santé.

**Article 17 :** Les administrateurs des services de santé sont chargés, notamment :

- de mettre en application les plans d'action et réaliser les objectifs s'y rapportant ;
- de traduire en mesures exécutoires les dispositions contenues dans les textes législatifs et réglementaires ;
- d'élaborer les programmes d'activité relevant de leurs attributions et d'en évaluer leur exécution ;
- d'entreprendre les actions nécessaires en matière de gestion hospitalière afin d'assurer la concrétisation des objectifs qui leur sont assignés.

**Article 18 :** Outre les tâches dévolues aux administrateurs des services de santé, les administrateurs principaux des services de santé sont chargés, notamment :

- d'initier et développer toute action de nature à améliorer la gestion des services de santé ;
- de participer à des missions d'évaluation sur la gestion des structures et des établissements de santé ;
- de proposer toute mesure de nature à améliorer l'organisation et la gestion du service public de santé.

**Article 19 :** Outre les tâches dévolues aux administrateurs principaux des services de santé, les administrateurs en chef des services de santé sont chargés, notamment :

- d'effectuer des missions de conseil ou d'évaluation auprès de l'administration de la santé, et d'en assurer toute tâche ou fonction qui leur est confiée dans ce domaine ;
- de proposer tout projet d'études, instruments ou procédures liés au domaine de la gestion des services de santé ;
- d'assurer des missions d'études et d'expertise dans le domaine de la gestion hospitalière.

#### Chapitre 2

##### Conditions de recrutement et de promotion

**Article 20 :** Sont recrutés ou promus en qualité d'administrateur des services de santé :

1 - Sur titres :

- les diplômés de l'école nationale d'administration (section administration de la santé) ayant accompli leur cursus sous le régime antérieur aux dispositions du décret exécutif n°06-419 du Aouel Dhou El Kaada 1427 correspondant au 22 novembre 2006, susvisé ;
- les diplômés de l'école nationale de santé publique ayant suivi une formation spécialisée en management hospitalier d'une durée d'une (1) année.

L'accès à la formation prévue ci-dessus, dont le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique, s'effectue par voie de concours sur épreuves, parmi les candidats titulaires du diplôme d'études universitaires appliquées ou d'un diplôme reconnu équivalent, dans les disciplines de sciences économiques, commerciales, financières, en gestion, en management ou en droit ;

2. par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les administrateurs des services sanitaires de 3<sup>ème</sup> classe justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

3. au choix, après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les administrateurs des services sanitaires de 3<sup>ème</sup> classe, justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

Les candidats retenus en application des cas 2 et 3 ci-dessus, sont astreints préalablement à leur promotion, à suivre avec succès une formation en management hospitalier, dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 21 :** Sont promus, sur titre en qualité d'administrateur des services de santé, les administrateurs des services sanitaires de 3<sup>ème</sup> classe titulaires, ayant obtenu, après leur recrutement, une licence d'enseignement supérieur en sciences économiques, commerciales, financières, gestion, droit ou d'un titre équivalent.

**Article 22 :** Sont recrutés ou promus en qualité d'administrateur principal des services de santé :

1 - sur titre, les diplômés de l'école nationale de santé publique, ayant suivi avec succès une formation spécialisée en management hospitalier d'une durée de deux (2) années.

L'accès à la formation prévue au point 1 ci-dessus, dont le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique, s'effectue par voie de concours sur épreuves, parmi les candidats titulaires d'une licence d'enseignement supérieur en sciences économiques, commerciales, financières, en gestion ou en droit ou d'un titre reconnu équivalent ;

2 - par voie de concours sur épreuves, les titulaires d'un magister en sciences économiques, commerciales, financières, gestion, droit ou d'un titre reconnu équivalent.

Les candidats recrutés en application du point 2 ci-dessus sont astreints, durant la période de stage, à une formation préparatoire à l'occupation de l'emploi dont la durée, le contenu et les modalités d'organisation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé ;

3 - par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, les administrateurs des services de santé justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité ;

4 - au choix et après inscription sur une liste d'aptitude dans la limite de 10% des postes à pourvoir, les administrateurs des services de santé ayant dix (10) années de service effectif en cette qualité.

**Article 23 :** Sont promus, sur titre en qualité d'administrateur principal des services de santé, les administrateurs des services de santé titulaires ayant obtenu, après leur recrutement, le magister en sciences économiques, commerciales, financières, gestion, droit ou un titre reconnu équivalent.

**Article 24 :** Sont promus en qualité d'administrateur en chef des services de santé :

1- par voie d'examen professionnel, dans la limite des postes à pourvoir, parmi les administrateurs principaux des services de santé justifiant de sept (7) années de service effectif en cette qualité ;

2- au choix et après inscription sur une liste d'aptitude, dans la limite de 20% des postes à pourvoir, parmi les administrateurs principaux des services de santé justifiant de dix (10) années de service effectif en cette qualité.

#### Section 3

#### Dispositions transitoires

**Article 25 :** Sont intégrés dans le grade d'administrateur des services sanitaires de 3<sup>ème</sup> classe, les administrateurs des services sanitaires de 3<sup>ème</sup> classe, titulaires et stagiaires.

**Article 26 :** Sont intégrés dans le grade d'administrateur des services de santé, les administrateurs des services sanitaires de 2<sup>ème</sup> classe, titulaires et stagiaires.

**Article 27 :** Sont intégrés dans le grade d'administrateur principal des services de santé, les administrateurs des services sanitaires de 1<sup>ère</sup> classe, titulaires et stagiaires.

**Article 28 :** Sont intégrés dans le grade d'administrateur en chef des services de santé, les administrateurs des services sanitaires hors classe, titulaires et stagiaires.

#### TITRE III

#### CLASSIFICATION DES GRADES

**Article 29 :** En application des dispositions de l'article 118 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée, la classification des grades relevant du corps des administrateurs des services de santé est fixée conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADES	CLASSEMENT	
		Catégorie	Indice minimal
Administrateurs des services de santé	Administrateurs des services sanitaires de 3 <sup>ème</sup> classe	10	453
	Administrateurs des services de santé	12	537
	Administrateurs principaux des services de santé	14	621
	Administrateurs en chef des services de santé	16	713

#### TITRE IV

#### DISPOSITIONS FINALES

**Article 30 :** Sont abrogées les dispositions contraires au présent décret, notamment le décret exécutif n°91-108 du 27 avril 1991, portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaire.

**Article 31 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Article 32 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 Joumada El Oula 1430 correspondant au 2 mai 2009.

**Ahmed OUYAHIA.**



# STATUTS DE 1991

- Décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires.
- Décret exécutif n° 98-422 du 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998 portant création des commissions consultatives hospitalo-universitaires et fixant leurs attributions, leur organisation et leur fonctionnement.
- Arrêté Interministériel du 05 mai 1999 fixant les modalités d'élection des représentants des spécialistes hospitalo-universitaires au sein des commissions consultatives hospitalo-universitaires locales
- Décret exécutif n° 02-110 du 20 Moharram 1423 correspondant au 3 avril 2002 modifiant le décret exécutif n° 98-422 du 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998 portant création des commissions consultatives hospitalo-universitaires et fixant leurs attributions, leur organisation et leur fonctionnement.
- Décret exécutif n° 05-15 du Aouel Dhou El Hidja 1425 correspondant au 11 janvier 2005 instituant une prime d'encouragement à la direction des thèses de doctorat.
- Décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique.
- Décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 portant statut particulier des personnels paramédicaux
- Décret exécutif n° 91-109 du 27 avril 1991 portant statut particulier des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation
- Définition des tâches et nomenclature des actes des T.S.S en Anesthésie Réanimation
- Décret exécutif n° 91-110 du 27 avril 1991 portant statut particulier des sages-femmes
- ARRETE N° 21 / MS / DU 27 MARS 1991 PORTANT NOMENCLATURE DES ACTES DES SAGES-FEMMES
- Décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991 portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaire (D.A.S).
- Décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991 portant statut particulier des psychologues

# Décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint des ministres de la santé et des affaires sociales et des universités ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu l'ordonnance n°66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique, ensemble les textes pris pour son application ;

Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984 relative au service civil, modifiée et complétée par la loi n° 86-11 du 19 avril 1986 ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971 portant organisation du régime des études médicales ;

Vu le décret n° 82-491 du 18 décembre 1982 portant statut particulier des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes, des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 85-60 du 23 mars 1985 fixant les mesures d'application immédiate du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-46 du 11 mars 1986 fixant, à titre transitoire, les conditions de recrutement et de gestion des personnels des institutions et administrations publiques en attendant la publication des statuts particuliers et les textes d'application du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;

Vu le décret n° 86-25 du 11 février 1986 portant statut-type des centres hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989 portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps spécifiques de l'enseignement et la formation, modifié et complété ;

Vu le décret exécutif n° 90-260 du 8 septembre 1990 modifiant et complétant le décret n° 71-216 du 25 août 1971 portant organisation des études en vue du diplôme de pharmacien ;

Vu le décret exécutif n° 90-261 du 8 septembre 1990 modifiant et complétant le décret n° 71-218 du 25 août 1971 portant organisation des études en vue du diplôme de chirurgien dentiste ;

Vu le décret exécutif n° 90-365 du 10 novembre 1990 fixant les conditions d'indemnisation des productions scientifiques et pédagogiques des enseignants relevant du ministère aux universités.

Décrète :

## TITRE I DISPOSITIONS GENERALES Chapitre I Champ d'application

**Article 1<sup>er</sup>** : En application de l'article 4 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions spécifiques applicables aux personnels appartenant aux corps spécifiques des spécialistes hospitalo-universitaires et de fixer la nomenclature ainsi que les conditions d'accès aux postes de travail et emplois correspondants aux dits corps.

**Article 2** : Les spécialistes hospitalo-universitaires, constituent des corps de fonctionnaire soumis aux dispositions précisées par le présent décret.

**Article 3** : Les spécialistes hospitalo-universitaires assurent de façon concomitante, des activités de soins et des tâches d'enseignement et de recherche en sciences médicales.

**Article 4** : Les spécialistes hospitalo-universitaires sont en position d'activité dans des structures hospitalo-universitaires, des instituts des sciences médicales et des centres de recherche en sciences médicales ;

## Chapitre II Droits et obligations

**Article 5** : Les travailleurs régis par les dispositions du présent statut sont soumis aux droits et obligations prévues par le décret n° 85 - 59 du 23 mars 1985 et les textes pris pour son application. Ils sont, en outre, assujettis aux règles précisées par le règlement intérieur spécifique à l'administration ou l'établissement qui les emploie,

**Article 6** : Les travailleurs régis par le présent décret bénéficient d'un congé scientifique d'une durée maximale de vingt (20) jours par an pour participer aux congrès et aux séminaires nationaux ou internationaux relatifs aux sciences médicales. Une instruction conjointe du ministre chargé des finances, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de l'autorité chargée de la fonction publique précisera les modalités d'application du présent article ;

**Article 7** : Les professeurs et doctes peuvent disposer, après cinq (5) années d'exercice, d'une année pour leur permettre de se recycler et de contribuer à la promotion pédagogique et scientifique nationale ou étrangère.

Pendant cette année, ils sont considérés en position d'activité. Les modalités d'application du présent article seront précisées par décret. Les spécialistes hospitalo-universitaires préparent des mémoires ou thèses peuvent bénéficier d'une formation dans un établissement d'enseignement ou de recherche autre que celui d'origine, sur proposition du conseil scientifique de l'établissement.

**Article 8** : Les spécialistes hospitalo-universitaires sont tenus de veiller, en permanence, à l'amélioration des prestations sanitaires et d'enseignement dont ils ont la charge,

**Article 9** : Outre les tâches de soins, d'enseignement et d'activités pédagogiques, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, tous travaux d'études, d'expertise et de mise au point de procédés induits par les besoins du développement économique et social.

En outre, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer des tâches de gestion administrative des structures de leur établissement conformément à la réglementation en vigueur

**Article 10** : Dans le cadre des dispositions de l'article 9 ci-dessus, les hospitalo-universitaires dans l'exécution des conventions d'études, d'expertise ou d'assistance technique liant leur établissement à un organisme bénéficiant de la rémunération de leur prestation de service.

**Article 11** : Les congés ordinaires sont attribués par le directeur de l'établissement d'affectation selon un tableau établi conjointement par le directeur de l'établissement et de l'institut des sciences médicales concernées et tenant compte des nécessités de service.

**Article 12** : Les congés de maladies sont accordés par le directeur de l'établissement d'affectation lequel doit informer le directeur de l'institut des sciences médicales concerné.

**Article 13 :** Les congés de maladie de longue durée sont délivrés par décision conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur après instruction du dossier par le directeur de l'établissement d'affectation dans le cadre de la réglementation en vigueur. Le directeur de l'institut des sciences médicales est tenu informé de la procédure en cours.

**Article 14 :** Il est institué une commission de coordination hospitalo-universitaire chargée de donner des avis sur les questions se rapportant aux spécialistes hospitalo-universitaires.

Les attributions, l'organisation, le fonctionnement et la composition de cette commission seront fixés par décret

### Chapitre III

#### Dispositions générales d'intégration

**Article 15 :** Pour la constitution initiale des corps institués par le présent décret, il est procédé à l'intégration, à la confirmation et au reclassement des fonctionnaires titulaires et stagiaires ou confirmés en application du décret n° 86-46 du 11 mars 1986 susvisé et des travailleurs stagiaires dans les conditions fixées par les dispositions des articles 137 à 145 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé et les dispositions du présent décret.

**Article 16 :** Les fonctionnaires titulaires en application de la réglementation qui leur est applicable ou confirmés en application du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé sont intégrés, confirmés et rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détenaient dans le corps d'origine, tous droits à l'avancement pris en compte.

Le reliquat d'ancienneté dégagé dans le corps est utilisé pour l'avancement dans le corps d'accueil.

### Chapitre IV

#### Corps des spécialistes hospitalo-universitaires

**Article 17 :** Les spécialistes hospitalo-universitaires sont organisés en trois corps :

Les maîtres-assistants

Les doctes

Professeurs

#### Section I

##### Définition des tâches

**Article 18 :** Les maîtres assistants sont chargés :

##### Dans le domaine de l'enseignement :

Outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à dix (10) heures de travaux pratiques, les maîtres-assistants sont chargés de l'encadrement des mémoires de graduation et de la consultation pédagogique, de l'encadrement et du suivi des travaux pratiques ou dirigés, de la participation à la surveillance et aux corrections des examens et de la participation aux travaux des comités et équipe pédagogiques.

Ils peuvent être chargés, à la demande de leur établissement, d'assurer des cours magistraux dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf (9) heures comprenant obligatoirement deux (2) cours non répétitifs; dans ce cas, ils sont dispensés des travaux dirigés ou pratiques.

##### 2- Dans le domaine des soins :

Les maîtres-assistants suivant leur spécialité assurent les tâches suivantes :

Diagnostic, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmacologiques et bucco-dentaires ;

Contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie et en particulier les données nationales.

##### 3- Dans le domaine de la recherche médicale :

De contribuer, suivant leur spécialité à la recherche scientifique fondamentale et appliquée ;

De participer à la diffusion de l'information médicale.

**Article 19 :** Les doctes sont chargés :

Dans le domaine de l'enseignement

Outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf (9) heures comprenant obligatoirement deux (2) cours non répétitifs, les doctes sont chargés :

De la préparation et de l'actualisation des cours,

De l'encadrement des mémoires et thèses pédagogiques dont ils ont la charge.

De contrôler les examens, d'assurer le bon déroulement et la correction des copies.

De participer aux travaux des jurys de délibération,

D'enrichir et de diversifier leurs travaux de recherche,

De réaliser toutes études et expertises liées à leur spécialité, qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités.

D'encadrer les équipes pédagogiques,

De recevoir les étudiants quatre (4) heures par semaine pour les conseiller et les orienter,

De participer aux travaux des comités pédagogiques nationaux,

D'encadrer les étudiants, externes, interne, résidents et maîtres-assistants.

##### 2- Dans le domaine des soins :

Les doctes suivant leur spécialité assurent les tâches suivantes :

Diagnostics, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmaceutiques et bucco-dentaire,

Contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales, et de la pathologie et en particulier les données nationales.

##### 3- Dans le domaine de la recherche médicale :

De contribuer, suivant leur spécialité, à la recherche scientifique fondamentale et appliquée,

De participer à la diffusion de l'information médicale.

**Article 20 :** Les professeurs sont chargés :

##### 1- Dans le domaine de l'enseignement :

Outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf (9) heures comprenant obligatoirement deux (2) cours non répétitifs, les professeurs sont chargés :

De la participation aux travaux des comités pédagogiques,

De contrôler les examens et d'assurer le bon déroulement,

De la correction des copies d'examens,

De participation aux travaux des jurys de délibération,

De la préparation et de l'actualisation des cours,

De l'encadrement des mémoires et thèses de première et deuxième post-graduation,

De contribuer par leurs travaux d'études et de recherche à la résolution des problèmes posés par le développement dans le cadre de la réglementation en vigueur,  
De l'animation des travaux des équipes pédagogiques dont ils ont la charge,  
D'enrichir et de diversifier leurs travaux de recherche,  
De réaliser toutes études et expertises liées à leur spécialité qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités,  
De recevoir les étudiants quatre (4) heures par semaine pour les conseiller et les orienter,  
De participer aux travaux des commissions nationales ou de tout autre institution de l'état dont l'objet est lié à leur domaine de compétence,  
De contribuer, dans le cadre des structures compétentes à la mise au point d'instrumentations pédagogiques et scientifiques liées à leur domaine de compétence,  
D'encadrer les étudiants, internes, externes, résidents, maîtres-assistants et docents.  
Dans le domaine des soins :  
Les professeurs sont chargés :  
D'assurer tous les soins liés à leurs compétences,  
De contribuer à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie en particulier les données nouvelles,  
De contribuer à élever le niveau de connaissances médicales ou autres,  
D'assurer les prestations sanitaires requises au sein des structures hospitalo-universitaires,  
De contribuer à une meilleure efficacité du système de santé par des programmes ou des actions sanitaires.  
Dans le domaine de la recherche médicale :  
de contribuer suivant leur spécialité à la recherche scientifique fondamentale et appliquée,  
de participer à la diffusion de l'information médicale.

## **Section II**

### **Conditions de recrutement**

**Article 21** : Les maîtres-assistants sont recrutés, par voie de concours, parmi les titulaires du diplôme d'étude médicales spéciales (D.E.M.S) ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 22** : Les docents sont recrutés, par voie de concours, parmi les maîtres-assistants ayant exercé effectivement, pendant cinq (5) ans au moins, en cette qualité et titulaires d'un doctorat d'état en sciences médicales (D.E.M.S) ou d'un titre équivalent.

**Article 23** : Les professeurs sont recrutés, par voie de concours, parmi des docents ayant exercé, effectivement, pendant trois (3) ans, au moins, en cette qualité.

**Article 24** : Un arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé fixe après avis de la commission de coordination hospitalo-universitaire nationale (C.C.H.U.N) la nature des épreuves et les modalités d'organisation et de déroulement des concours prévus aux articles 20, 21 et 22 ci-dessus.

**Article 25** : Les résultats des concours sont proclamés par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé qui fixe le nombre de postes par filière, spécialités et structures hospitalo-universitaires après avis de la C.C.H.U.N.

**Article 26** : Le concours de recrutement des hospitalo-universitaires à l'échelle nationale est sanctionné par un jury désigné par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé de la santé.

**Article 27** : Les résultats des concours sont proclamés par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique

Les arrêtés de proclamation des résultats emportent nomination et titularisation des candidats déclarés admis.

**Article 28** : Le candidat qui ne rejoint pas le poste de travail auquel il est affecté perd le bénéfice de son admission au concours et ne peut se représenter à un nouveau concours avant l'expiration d'un délai de quatre (4) ans.

## **Section III**

### **Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 29** : Sont intégrés dans le grade de maîtres-assistants, les maîtres-assistants,

**Article 30** : Sont intégrés dans le grade des docents, les docents,

**Article 31** : Sont intégrés dans le grade des professeurs, les professeurs

## **Chapitre V**

### **Postes supérieurs**

**Article 32** : Par application des articles 9 et 10 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs correspondants aux corps des hospitalo-universitaires est fixée comme suit :  
chef de service  
chef d'unité.

**Article 33** : Le service et l'unité hospitalo-universitaires seront définis par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé .

**Article 34** : Le nombre de postes supérieurs de spécialistes hospitalo-universitaires chefs de service et chefs d'unité est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

## **Section I**

### **Définition des tâches**

**Article 35** : Outre les tâches prévues aux articles 25 et 26 ci-dessus, les chefs de service hospitalo-universitaires sont chargés de :  
Veiller au bon fonctionnement des services dont ils ont la charge  
De proposer à chaque début d'année, au conseil scientifique de l'établissement un programme d'activité du service tant en ce qui concerne les activités pédagogiques que sanitaires.

De veiller au bon déroulement des enseignements assurés et dont ils ont la charge au niveau du service,  
De proposer toutes méthodes ou procédés tendant à rendre efficace le fonctionnement du service,  
D'établir semestriellement un rapport sur l'exécution du programme arrêté,  
De veiller à la discipline dans le service.

**Article 36** : Outre les tâches prévues aux articles 24 et 25 ci-dessus, les chefs d'unité sont chargés de :  
Veiller au bon fonctionnement des unités dont ils ont la charge,  
Veiller au bon déroulement des enseignements assurés et dont ils ont la charge au niveau de l'unité,

De proposer, à chaque début d'année, au chef de service un programme d'activité de l'unité tant en ce qui concerne les activités pédagogiques que sanitaires,  
 D'établir périodiquement un rapport sur l'exécution du programme arrêté,  
 De veiller à la discipline dans l'unité.

## Section II Conditions de nomination

**Article 37 :** La nomination aux postes supérieurs de chefs de service est prononcée après concours ouverts respectivement aux :  
 Professeurs hospitalo-universitaires,  
 Docents justifiant d'une ancienneté effective en cette qualité de deux années au moins.

**Article 38 :** La nomination aux postes supérieurs de chefs d'unité est prononcée sur listes d'aptitudes ouvertes respectivement aux :  
 Docents

Maîtres-assistants justifiant d'une ancienneté effective en cette qualité de deux années au moins.

**Article 39 :** Les nominations aux postes supérieurs prévus ci-dessus sont prononcées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé , après avis de la C.C.H.U.N.

## Chapitre IV Avancement

**Article 40 :** Les rythmes d'avancements applicables aux spécialistes hospitalo-universitaires sont fixés selon les trois durées et les proportions prévues à l'article 75 du décret n°85 - 59 du 23 mars 1985 susvisé.

**Article 41 :** La notation annuelle des spécialistes hospitalo-universitaires est attribuée par le responsable hiérarchique immédiat ; elle est calculée sur la base de deux notes : l'une relative aux tâches d'enseignement et de recherche en science médicales , l'autre relative aux activités de soins , le tableau d'avancement des spécialistes hospitalo-universitaires est établi , conjointement par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé de la santé .Les modalités d'application du présent article seront précisées par instruction conjointe du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

## Chapitre VII Dispositions disciplinaires

**Article 42 :** Les sanctions disciplinaires du 1<sup>er</sup> degré applicables aux spécialistes hospitalo-universitaires sont prononcées par le directeur de l'établissement d'affectation ou le directeur de L'INESSM.

**Article 43 :** Les sanctions du 2<sup>ème</sup> degrés applicables aux spécialistes hospitalo-universitaires sont prononcées par décision conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur , sur proposition du directeur de l'établissement et après avis des organes compétents.

## TITRE II DISPOSITIONS PARTICULIERES

**Article 44 :** La proportion maximale des personnels des corps, régis par le présent titre, susceptible d'être détachée ou d'être mise en disponibilité, est fixée à dix pour cent (10%) des effectifs réels de chaque corps.

Le détachement et la mise en disponibilité sont prononcés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur , après avis du conseil scientifique de l'établissement , de l'institut des sciences médicales concernés et de la commission de coordination hospitalo-universitaire nationale .

## TITRE III CLASSIFICATION

**Article 45 :** Les postes supérieurs des spécialistes hospitalo-universitaires, chefs de service sont classés dans les conditions fixées par le décret n° 86-179 du 5 août 1986 susvisé conformément au tableau ci-dessous.

POSTES SUPERIEURS	CLASSEMENT			
	catégorie	Section	Niveau Hiérarchique	Indice
Professeur chef de service	A	3	N	920
Docents chef de service	A	3	N	920

**Article 46 :** En application des dispositions de l'article 69 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le classement des postes de travail et emplois spécifiques aux corps des spécialistes hospitalo-universitaires est fixé conformément au tableau ci-après :

GRADES	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Maître-assistant	19	3	686
Docent	20	1	730
Professeur	20	5	794

### POSTES SUPERIEURS DES SPECIALISTES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

POSTES SUPERIEURS	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Maître-assistant chef d'unité	20	3	762
Docent chef d'unité	20	5	794

## TITRE IV DISPOSITION FINALES

**Article 47 :** Sont abrogées les dispositions contraires à celles du présent statut, notamment les articles 44 à 74 du décret n° 82-491 du 18 décembre 1982.

**Article 48 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire et prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1990.

Fait à Alger, le 7 décembre 1991.

Sid Ahmed GHOZALI



**Décret exécutif n° 92-491 du 28 décembre 1992 modifiant et complétant le décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires.**

Le Chef du Gouvernement,  
 Sur le rapport conjoint des ministres de la santé et de l'éducation nationale,  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
 Vu le décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires.

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Les dispositions du présent décret modifiant et complétant certains articles du le décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé.

**Article 2** : - L'article 2 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé est complété in fine ainsi qu'il suit : « Ils sont gérés par le ministre chargé de l'enseignement supérieur, sous réserve des dispositions particulières prévues ci-dessous.

Dans l'exercice des activités de soins, ils relèvent de l'autorité du ministre chargé de la santé. »

**Article 3** : L'article 13 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé est modifié ainsi qu'il suit :

« Art 13. – Les congés de maladie de longue durée sont accordés par décision du ministre chargé de l'enseignement supérieur, après instruction du dossier par le directeur de l'institut des sciences médicales dans le cadre de la réglementation en vigueur. Le directeur de l'établissement d'affectation est tenu informé de la procédure en cours.

La décision mettant en congé de longue durée le fonctionnaire concerné est notifiée au directeur de l'établissement d'affectation ».

**Article 4** : L'article 24 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Art 24. – Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur fixe, en accord avec le ministre chargé de la santé après avis de la commission de coordination hospitalo-universitaire (C.C.H.U.N) la nature des épreuves et les modalités d'organisation et de déroulement des concours prévus aux articles 20, 21 et 22 ci-dessus ».

**Article 5** : L'article 25 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 25. – Les concours sont ouverts par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur qui fixe le nombre de postes par filières, spécialités et structures hospitalo-universitaires en accord avec le ministre chargé de la santé, après avis de la C.C.H.U.N. ».

**Article 6** : L'article 26 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Art 26. – Le concours de recrutement des spécialistes hospitalo-universitaires à l'échelle nationale est sanctionné par un jury désigné par le ministre chargé de l'enseignement supérieur en accord avec le ministre chargé de la santé ».

**Article 7** : L'article 27 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Art 27. Les résultats des concours sont proclamés par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ».

**Article 8** : L'intitulé du chapitre V du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Chapitre V des activités de soins ».

**Article 9** : L'article 32 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Art 32. – Dans l'exercice de leurs activités, les spécialistes hospitalo-universitaires peuvent être chargés de la responsabilité d'un service ou d'une unité hospitalo-universitaire ».

**Article 10** : L'article 33 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié comme suit :

« Art 33. – Le spécialiste hospitalo-universitaire responsable d'un service est chargé notamment :  
 de veiller au bon fonctionnement du service dont il a la charge,  
 de proposer à chaque début d'année au conseil scientifique de l'établissement un programme d'action du service en ce qui concerne les activités sanitaires,

d'établir semestriellement un rapport sur l'exécution du programme arrêté,

de proposer toutes méthodes ou procédés tendant à rendre efficient le fonctionnement du service,

de veiller à la discipline dans le service ».

**Article 11** : L'article 34 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié comme suit :

« Art 34. – Le spécialiste hospitalo-universitaire responsable d'une unité est chargé notamment :

de veiller au bon fonctionnement de l'unité dont il a la charge,

de proposer à chaque début d'année au responsable du service un programme d'action de l'unité en ce qui concerne les activités sanitaires,

d'établir semestriellement un rapport sur l'exécution du programme arrêté,

de veiller à la discipline dans l'unité ».

**Article 12** : L'article 35 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié comme suit :

« Art 35. – Le service et l'unité hospitalo-universitaires sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé en accord avec le ministre chargé de l'enseignement supérieur, sur proposition de la C.C.H.U.N.

cet arrêté fixe en outre les conditions et modalités de désignation aux fonctions de chefs de service et de chef d'unité ».

**Article 13** : Les articles 36, 37, 38 et 39 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé sont abrogés.

**Article 14** : L'article 43 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Art 43. – Les sanctions du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés applicables aux spécialistes hospitalo-universitaires sont prononcées par décision du ministre chargé de l'enseignement supérieur, sur proposition du directeur de l'institut des sciences médicales, du directeur de l'établissement d'affectation, après avis des commissions paritaires conformément à la réglementation en vigueur ».

**Article 15** : L'alinéa 2 de l'article 44 du décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Le détachement et la mise en disponibilité sont prononcés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur après avis du directeur de l'institut des sciences médicales, du directeur de l'établissement d'affectation et des commissions paritaires conformément à la réglementation en vigueur ».

**Article 16** : - L'article 45 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Art 45. – Nonobstant les dispositions de l'article 69 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé le classement des professeurs et docents hospitalo-universitaires est fixé selon le tableau ci-après ».

GRADE	INDICE DE BASE	ECHELONS INDICIAIRES									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PROFESSEUR	920	46	92	138	184	230	276	322	368	414	460
DOCENT	840	42	84	126	168	210	252	294	336	378	420

**Article 17** : - L'article 46 du décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :  
« *Art 46.* – En application des dispositions de l'article 69 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le classement du poste de travail du maître assistant est fixé conformément au tableau ci-après ».

GRADE	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
MAITRE ASSISTANT	19	3	686

**Article 18** : - Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 décembre 1992.

**Belaïd ABDESSELAM**

**Décret exécutif n° 93-196 du 9 août 1993 fixant la date d'effet des dispositions de l'article 16 du décret exécutif n° 92-491 du 28 décembre 1992 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires.**

Le chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint des ministres de la santé et de la population et de l'éducation nationale,

Vu la constitution, notamment ses articles 81 et 116;

Vu le décret n° 92-491 du 28 décembre 1992 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires;

**Décète:**

**Article 1<sup>er</sup>:** Les dispositions de l'article 16 du décret exécutif n° 92-491 du 28 décembre 1992 susvisé, prennent effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1992.

**Article 2:** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 9 août 1993.

**Belaid ABDESSELAM**



**Décret exécutif n° 94-236 du 25 Safar 1415 correspondant au 3 août 1994 fixant les modalités  
d'application de l'article 6 du décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989 portant statut particulier des  
travailleurs appartenant aux corps spécifiques de l'enseignement et de la formation supérieurs et de  
l'article 7 du décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes  
hospitalo-universitaires.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

Vu la Constitution et notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2) ;

Vu la plate forme portant consensus national sur la période transitoire ;

Vu le décret n° 87-70 du 17 mars 1987 portant organisation de la post-graduation ;

Vu le décret n° 87-209 du 8 septembre 1987 portant organisation de la planification et de la gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger ;

Vu le décret présidentiel n° 94-92 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 4 Dhou El Kaada 1414 correspondant au 15 avril 1994 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989 modifié et complété, portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps spécifiques de l'enseignement et de la formation supérieurs, notamment son article 6 ;

Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires, notamment son article 7 ;

**Décrète:**

**Article 1<sup>er</sup>:** Le présent décret a pour objet de préciser les modalités d'application des articles 6 et 7 des décrets exécutifs n° 89-122 du 18 juillet 1989 et n° 91-471 du 7 décembre 1991, susvisés relatifs au congé scientifiques dont peuvent bénéficier les professeurs, docents et maîtres de conférences de l'enseignement et de la formation supérieurs et les professeurs ou docents hospitalo-universitaires.

**Article 2:** Le congé scientifique est accordé une seule fois dans la carrière, au professeur, docent et maître de conférence, ayant exercé durant cinq (05) années consécutives.

En cas de changement de corps, les années d'exercices sont cumulées à celles de professeur.

**Article 3:** Le congé scientifique peut se dérouler sur le territoire national ou à l'étranger, soit dans un établissement d'enseignement ou de formation supérieure, soit dans un centre de recherche ou tout organisme à vocation pédagogique ou scientifique.

**Article 4:** La proposition des enseignants susceptibles de bénéficier du congé scientifique est fixée annuellement par le ministre chargé de l'enseignement supérieur en liaison avec les ministres concernés, le cas échéant. Elle ne saurait excéder dix pour cent (10%) des effectifs réels de chaque corps concerné.

**Article 5:** Le dossier de candidature est déposé auprès du conseil scientifique ou du conseil pédagogique, de l'établissement d'exercice avant la fin de l'année universitaire précédant l'année de départ pour avis. Le conseil scientifique ou pédagogique adresse, dans le cadre des procédures établies, la liste des candidats retenus au ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 6:** Le congé scientifique est accordé par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le cas échéant après avis du ministre dont relève la tutelle de l'établissement d'exercice du postulant.

**Article 7:** Le bénéficiaire du congé scientifique, considéré en position d'activité conformément à l'article 6 du décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989 et de l'article 7 du décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 susvisés, est dispensé des tâches d'enseignement et de toute autre obligation liée à sa qualité d'enseignant. Il conserve son salaire de base majoré de l'indemnité d'expérience professionnelle, cumulable avec l'allocation prévue à l'article 8 ci-dessous.

La rémunération maintenue dans les conditions ci-dessus est à la charge de l'établissement d'exercice du bénéficiaire.

**Article 8:** Le bénéficiaire d'un congé scientifique perçoit une allocation et des frais annexes dont le montant est différencié selon les pays d'accueil dans les conditions fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des finances et du ministre chargé des affaires étrangères :

L'allocation est servie au bénéficiaire en deux fois, au départ et en milieu de congé scientifique, sur le budget du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Au titre des frais annexes, lorsque le congé scientifique se déroule à l'étranger, le bénéficiaire a droit :

à la prise en charge d'un voyage « aller retour » entre l'Algérie et l'aéroport le plus proche du lieu de déroulement de son congé scientifique.

à l'octroi d'un bon de transport de 50 kg d'excédent de bagage à l'occasion du retour.

**Article 9:** A l'issue du congé scientifique, le bénéficiaire est tenu de remettre au conseil scientifique ou pédagogique dans le mois qui suit son retour, un rapport détaillé sur son activité durant la période dudit congé.

En outre, le rapport cité ci-dessus doit comporter des données relatives à :

L'état de la science dans son domaine ainsi que l'évolution et les tendances mondiales dans sa discipline ;

L'organisation du système éducatif et de la recherche scientifique et des créneaux de coopération potentielle avec le pays où s'est déroulé son congé scientifique ;

la copie des travaux et / ou publications réalisés durant le congé scientifique.

Le rapport est évalué par le conseil scientifique ou pédagogique de l'établissement qui propose au ministre chargé de l'enseignement supérieur, le cas échéant en relation avec le ministre concerné, une appréciation écrite sanctionnant les résultats obtenus.

**Article 10:** Les modalités d'application du présent décret seront précisées en tant que de besoin par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 11:** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Safar 1415 correspondant au 3 août 1994.

**Mokdad SIFI**

**Décret exécutif n° 97-186 du 7 Moharram 1418 correspondant au 14 mai 1997, modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique et du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n°90-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996, modifié portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : L'article 45 du décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« *Art. 45.* – Nonobstant les dispositions de l'article 69 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985, le classement des spécialistes hospitalo-universitaires, est fixé selon le tableau ci-après :

CORPS	INDICE DE BASE	ECHELONS INDICIAIRES									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Professeur	1200	60	120	180	240	300	360	420	480	540	600
Docent	1040	52	104	156	208	260	312	364	416	468	520
Maître assistant	880	44	88	132	176	220	264	308	352	396	440

**Article 2** : L'article 46 du décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, susvisé, est abrogé.

**Article 3** : Le présent décret qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> avril 1997 sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 Moharram 1418 correspondant au 14 mai 1997.

**Ahmed OUYAHIA**

**Décret présidentiel n° 02-341 du 9 Chaabane 1423 correspondant au 16 octobre 2002 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires.**

Le Président de la République,  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1<sup>er</sup>) ;  
 Vu le décret n° 85-58 du 23 mars 1985, modifié et complété, relatif à l'indemnité d'expérience ;  
 Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
 Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 modifié et complété portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : L'article 45 du décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, susvisé, est modifié et complété comme suit :  
 « Art. 45. – Nonobstant les dispositions de l'article 69 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985, susvisé, le classement des spécialistes hospitalo-universitaires est fixé ainsi qu'il suit :

CORPS	INDICE DE BASE
Professeur	1280
Docent	1120
Maître assistant	960

En application des dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 85-58 du 23 mars 1985, susvisé, la grille de classement des spécialistes hospitalo-universitaires est fixée ainsi qu'il suit :

CORPS	ECHELONS INDICIAIRES										
	Indice de base	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Professeur	1280	90	180	270	360	450	540	630	720	810	900
Docent	1120	78	158	237	316	395	474	553	632	711	790
Maître assistant	960	67	134	202	269	340	403	470	538	605	680

**Article 2** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2002.

**Article 3** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 9 Chaabane 1423 correspondant au 16 octobre 2002.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

**Décret exécutif n° 04-07 du 15 Dhou El Kaada 1424 correspondant au 8 janvier 2004 modifiant le décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991 portant régime indemnitaire des spécialistes hospitalo-universitaires.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125(alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant régime indemnitaire des spécialistes hospitalo-universitaires ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier certaines dispositions du décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, susvisé.

**Article 2** : Le tableau annexé au décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

GRADE	ANCIENNETE REQUISE ET MONTANT MENSUEL DE L'INDEMNITE EN DA				
	0 à 3 ans	3à6 ans	6 à 10 ans	10 à 16 ans	16 ans et plus
Maître-assistant	11.550	12.100	12.930	13.750	14.575
Docent	14.730	15.160	16.020	16.870	17.800
professeur	17.520	17.970	18.860	19.900	20.790

**Article 3** : L'article 4 du décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Art 4. — En outre, il est institué, au profit des spécialistes hospitalo-universitaires nommés en qualité de chef de service ou de chef d'unité hospitalo-universitaire, une indemnité de responsabilité servie, mensuellement, conformément au tableau ci-après :

POSTES SUPERIEURS	MONTANTS EN DA
Professeur chef de service	20.000
Professeur chef d'unité	17.000
Docent chef de service	17.000
Docent chef d'unité	14.000
Maître-assistant chef de service	10.000
Maître-assistant chef d'unité	7.000

**Article 4** : L'article 6 du décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, susvisé, est modifié comme suit :

"Art. 6. — Les indemnités prévues par le présent décret sont exclusives de toutes primes ou indemnités de même nature".

**Article 5** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2003.

**Article 6** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Dhou El Kaada 1424 correspondant au 8 janvier 2004.

**Ahmed OUYAHIA.**

**Décret exécutif n° 98-422 du 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998 portant création  
des commissions consultatives hospitalo-universitaires et fixant leurs attributions, leur organisation  
et leur fonctionnement.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique et du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret n° 82-493 du 18 décembre 1982, modifié et complété, relatif à la coordination des activités de soins et des activités de formation en sciences médicales ;

Vu le décret n° 83-543 du 24 septembre 1983, modifié et complété, portant statut-type de l'institut national d'enseignement supérieur ;

Vu le décret n° 83-544 du 24 septembre 1983, modifié et complété, portant statut-type de l'université ;

Vu le décret présidentiel n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au 24 juin 1997 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 94-260 du 19 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 27 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés ;

Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Il est créé des commissions consultatives hospitalo-universitaires locales et une commission consultative hospitalo-universitaire nationale dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont fixés par le présent décret.

**CHAPITRE I**

**DES COMMISSIONS CONSULTATIVES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES LOCALES**

**Article 2 :** Les commissions consultatives hospitalo-universitaires locales, par abréviation C.C.H.U.N, et dénommées ci-après "les commissions locales", sont créées dans chaque ville siège d'établissements ou de structures d'enseignement supérieur en sciences médicales par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

L'arrêté de création en détermine l'implantation et l'aire de compétence.

**Article 3 :** Les commissions locales sont chargées d'émettre des avis sur toutes questions liées aux activités de soins et de formation en sciences médicales relevant de son aire de compétence soumises soit par le président de la commission consultative hospitalo-universitaire nationale, soit par le directeur de l'établissement ou de la structure d'enseignement supérieur en sciences médicales soit par le directeur du centre hospitalo-universitaire concerné.

Elles peuvent être consultées notamment sur :

- le déroulement de la formation en sciences médicales ;
- la détermination des effectifs des spécialistes hospitalo-universitaires ;
- l'organisation des stages pratiques des étudiants et des résidents ;
- la création d'unités et de services hospitalo-universitaires ;
- la transformation des services hospitaliers en services hospitalo-universitaires et tout changement d'affectation de ces structures ;
- l'habilitation de structures sanitaires en tant que lieu d'exercice d'activités hospitalo-universitaires.

**Article 4 :** Les commissions locales comprennent :

- le responsable de l'établissement ou de la structure d'enseignement supérieur en sciences médicales concerné ;
- le responsable du service extérieur du ministère chargé de la santé concerné ;
- les directeurs des centres hospitalo-universitaires concernés ;
- le président du conseil scientifique de l'établissement ou de la structure d'enseignement supérieur en sciences médicales ;
- les présidents des conseils scientifiques des centres hospitalo-universitaires concernés ;
- les directeurs et les présidents des conseils médicaux des secteurs sanitaires et/ou des établissements ; hospitaliers spécialisés dont les structures sont habilitées à assurer des activités hospitalo-universitaires ;
- deux (2) professeurs, un docteur et un maître-assistant en sciences médicales élus respectivement par leurs pairs et désignés pour une durée de deux (2) ans, selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

**Article 5 :** Le mandat des membres désignés en raison de leurs fonctions cesse avec celles-ci.

En cas d'interruption du mandat de l'un des membres élus, et lorsque la durée restante du mandat est égale ou supérieure à six (6) mois, il est procédé à son remplacement dans les mêmes formes jusqu'à la fin de la période restante.

**Article 6 :** Les commissions locales élisent un président et un vice-président parmi ses membres spécialistes hospitalo-universitaires pour une durée de deux (2) ans, renouvelable une (1) fois.

La liste nominative des membres de chaque commission locale est arrêtée conjointement par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé de la santé.

**Article 7 :** Les commissions locales se réunissent en session ordinaire deux (2) fois par an, sur convocation de leurs présidents respectifs.

Elles peuvent se réunir en session extraordinaire sur convocation de leurs présidents respectifs.

Au cours de leur première réunion, les commissions locales élaborent et adoptent leur règlement intérieur.

**Article 8 :** Les commissions locales peuvent valablement se réunir lorsque la majorité simple de leurs membres sont présents. Dans le cas où le *quorum* n'est pas atteint, les membres sont de nouveau convoqués dans un délai d'une (1) semaine et les commissions locales peuvent alors se réunir valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Les convocations accompagnées de l'ordre du jour sont adressées aux membres au moins quinze (15) jours avant la date de la réunion. Ce délai peut toutefois être réduit en cas de session extraordinaire.

**Article 9** : Les avis des commissions locales sont consignés dans des procès-verbaux qui sont communiqués :

- au ministre chargé de l'enseignement supérieur ;
- au ministre chargé de la santé ;
- à la commission consultative hospitalo-universitaire nationale prévue au chapitre II du présent décret.

**Article 10** : Le secrétariat des commissions locales est assuré à tour de rôle et chaque année, par le responsable de l'établissement ou de la structure d'enseignement supérieur en sciences médicales et par le responsable du service extérieur relevant du ministère chargé de la santé.

**Article 11** : Le secrétariat des commissions locales est chargé notamment de :

la préparation des réunions de la commission ;

- la tenue des procès-verbaux de séances sur un registre coté spécialement affecté à cet effet ;
- la communication des procès-verbaux ;
- la tenue de la documentation et la conservation des archives.

## CHAPITRE II DE LA COMMISSION CONSULTATIVE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE NATIONALE

**Article 12** : La commission consultative hospitalo-universitaire nationale, par abréviation C.C.H.U.N et dénommée ci-après "la commission nationale" est créée auprès du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

**Article 13** : La commission nationale émet des avis sur saisine du ministre chargé de l'enseignement supérieur ou du ministre chargé de la santé, ou des deux à la fois, sur les questions suivantes relatives aux activités de soins et de formation en sciences médicales :

- les programmes de formation en sciences médicales ;
- le recyclage des spécialistes hospitalo-universitaires ;
- les normes d'habilitation de structures sanitaires en tant que lieu d'exercice d'activités hospitalo-universitaires ;
- les critères d'évaluation des activités des services hospitalo-universitaires.
- La commission nationale exploite, dans la limite de ses attributions, les avis formulés par les commissions locales.

**Article 14** : La composition de la commission nationale est fixée comme suit :

- le directeur central des services de santé militaire, ou son représentant ;
- les responsables des établissements et des structures d'enseignement supérieur en sciences médicales ;
- le directeur général de l'institut national de santé publique ;
- le directeur général de l'agence nationale de développement de la recherche en santé ;
- les directeurs des centres hospitalo-universitaires ;
- les présidents des commissions consultatives hospitalo-universitaires locales ;
- un spécialiste hospitalo-universitaire par commission locale, désigné conjointement par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé de la santé parmi ceux justifiant du grade le plus élevé.

**Article 15** : Le mandat des membres désignés en raison de leurs fonctions cesse avec celles-ci.

En cas d'interruption du mandat de l'un des membres élus, et lorsque la durée restante du mandat est égale ou supérieure à six (6) mois, il est procédé à son remplacement dans les mêmes formes jusqu'à la fin de la période restante.

**Article 16** : La commission nationale élit un président et un vice-président parmi ses membres spécialistes hospitalo-universitaires de grade de professeur pour une durée de deux (2) ans, renouvelable une (1) fois.

La liste nominative des membres de la commission nationale est arrêtée conjointement par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé de la santé.

**Article 17** : La commission nationale se réunit en séance ordinaire deux (2) fois par an sur convocation de son président.

Elle peut se réunir en session extraordinaire à l'initiative du ministre chargé de l'enseignement supérieur ou du ministre chargé de la santé, ou des deux à la fois.

Dans ce cas, la réunion de la commission nationale doit, se tenir dans un délai qui ne saurait excéder quinze (15) jours après sa saisine.

Lors de sa première réunion, la commission nationale élabore et adopte son règlement intérieur.

**Article 18** : La commission nationale peut valablement se réunir lorsque la majorité simple de ses membres sont présents.

Dans le cas où le *quorum* n'est pas atteint, ses membres sont de nouveau convoqués dans un délai d'une (1) semaine et elle peut alors se réunir valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Les convocations accompagnées de l'ordre du jour sont adressées aux membres au moins quinze (15) jours avant la date de la réunion. Ce délai peut toutefois être réduit en cas de session extraordinaire.

**Article 19** : Les avis de la commission nationale sont consignés dans des procès-verbaux qui doivent être communiqués dans les quinze (15) jours qui suivent sa réunion au ministre chargé de l'enseignement supérieur et au ministre chargé de la santé.

**Article 20** : Le secrétariat de la commission nationale est assuré alternativement et chaque année par le responsable de l'établissement ou de la structure d'enseignement supérieur en sciences médicales d'Alger et le directeur général du centre hospitalo-universitaire d'Alger-centre.

**Article 21** : Le secrétariat de la commission nationale est chargé notamment de :

la préparation des réunions de la commission ;

la tenue des procès-verbaux de séances sur un registre coté spécialement affecté à cet effet ;

— la communication des procès-verbaux ;

— la tenue de la documentation et la conservation des archives.

## CHAPITRE III DISPOSITIONS FINALES

**Article 22** : Les frais de fonctionnement des commissions consultatives hospitalo-universitaires locales et de la commission consultative hospitalo-universitaire nationale sont imputés alternativement et chaque année sur les crédits budgétaires ouverts au titre du ministère chargé de l'enseignement supérieur et du ministère chargé de la santé.

**Article 23** : Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret, notamment celles des décrets n° 82-493 du 18 décembre 1982 et n° 85-176 du 25 juin 1985, susvisés.

**Article 24** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998.

Ahmed OUYAHIA.

**Arrêté Interministériel du 05 mai 1999 fixant les modalités d'élection des représentants des spécialistes hospitalo-universitaires au sein des commissions consultatives hospitalo-universitaires locales**

Le Ministre de la Santé et de la Population, et  
 Le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique,  
 Vu le décret présidentiel n°98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
 Vu le décret exécutif n°94-260 du 19 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 27 août 1994 fixant les attributions du Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;  
 Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;  
 Vu le décret exécutif n°98-422 du 24 Chaabane 1419 correspondant au 13 décembre 1998 portant création des commissions consultatives hospitalo-universitaires et fixant leurs attributions, leur organisation et leur fonctionnement et notamment son article 4-7.

**ARRETEMENT :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 4-7 du décret exécutif n°98-422 du 13 décembre 1998 susvisé, le présent arrêté interministériel a pour objet de fixer les modalités d'élection des représentants des spécialistes hospitalo-universitaires au sein des commissions consultatives hospitalo-universitaires locales.

**Article 2** : Au sein de chaque commission hospitalo-universitaire locale les spécialistes hospitalo-universitaires sont représentés par deux (02) professeurs, un (01) docent et un maître-assistant élus respectivement par leur pairs réunis.

**Article 3** : Au sein de chaque commission hospitalo-universitaire locale et dans les limites des nombres cités à l'article 2 ci-dessus, la répartition des représentants élus des spécialistes hospitalo-universitaires en fonction des filières enseignées s'effectue de la manière suivante :

Lorsque les filières de médecine, de chirurgie dentaire et de pharmacie sont enseignées au sein de la faculté de médecine concernée ils sont répartis ainsi qu'il suit :

Filière	Grade	Nombre
Médecine	Professeur	1
	Maître-assistant	1
Chirurgie dentaire	Professeur ou Docent	1
Pharmacie	Professeur ou Docent	1

Lorsque deux (02) filières sont enseignées au sein de la faculté de médecine concernée ils sont répartis ainsi qu'il suit :

Filière	Grade	Nombre
Médecine	Professeur	1
	Docent	1
Chirurgie dentaire ou Pharmacie	Professeur	1
	Maître-assistant	1

**Article 4** : Sont éligibles au titre de chacun des grades les spécialistes hospitalo-universitaires en position d'activité à titre permanent au sein de la faculté de médecine considérée.

**Article 5** : Les spécialistes hospitalo-universitaires remplissant la condition suscitée peuvent faire acte de candidature en adressant au doyen de la faculté de médecine considérée une déclaration signée.

**Article 6** : La liste des candidats est établie par l'administration de la faculté sur la base des déclarations suscitées et est affichée au moins quinze (15) jours avant la date prévue pour le déroulement des élections.

**Article 7** : Sont électeurs les spécialistes hospitalo-universitaires en position d'activité à titre permanent au sein de la faculté de médecine concernée.

**Article 8** : Les opérations de vote ont lieu publiquement sur les lieux de travail et pendant les heures de services.  
 Le vote a lieu au scrutin secret et sous enveloppe.

**Article 9** : Pour assurer le déroulement des opérations électorales, il est procédé à l'ouverture, au sein de la faculté de médecine concernée, d'un bureau de vote, par filière et par grade.  
 Chacun des bureaux de vote comprend un président et un secrétaire désignés par le doyen de la faculté et un délégué de la liste des candidats.

Chaque bureau de vote procède au dépouillement du scrutin et en proclame les résultats.

**Article 10** : Les candidats sont proclamés élus par les bureaux de vote dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues par chacun d'eux et dans la limite des postes à pourvoir.

**Article 11** : Un procès-verbal des opérations électorales est établi par chacun des bureaux de vote et transmis par le doyen de la faculté de médecine au ministre chargé de l'enseignement supérieur et au ministre chargé de la santé.

**Article 12** : Dans la limite des effectifs prévus à l'article 2 ci-dessus les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix sont déclarés membres des commissions hospitalo-universitaires locales représentants des spécialistes hospitalo-universitaires par arrêté pris conjointement par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé de la santé.

En cas d'égalité du nombre de voix obtenues par les candidats, sera déclaré membre celui justifiant de l'ancienneté la plus importante dans le grade au titre duquel il a postulé.



**Article 13 :** Dans le cas prévu par l'alinéa a. de l'article 3 ci-dessus, sera déclaré membre de la commission consultative hospitalo-universitaire locale concernée, au titre de la filière de chirurgie dentaire ou de pharmacie, le professeur hospitalo-universitaire ayant obtenu le plus grand nombre de voix lors des opérations électorales.

En cas d'égalité du nombre de voix obtenues, sera déclaré membre de la commission consultative hospitalo-universitaire locale concernée et au titre de l'une des deux filières, le professeur hospitalo-universitaire justifiant de l'ancienneté la plus importante dans le grade.

Au titre de la troisième filière, sera déclaré membre de la commission consultative hospitalo-universitaire locale concernée, le docteur ayant obtenu le plus grand nombre de voix des opérations électorales

**Article 14 :** Le secrétaire général du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique et le secrétaire général du ministère de la santé et de la population sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté.

**Article 15 :** Le présent arrêté sera publié aux *Bulletins Officiels* du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et du Ministère de la Santé et de la Population.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Yahia GUIDOUM**

Le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

**A. BENBOUZID**



**Décret exécutif n° 02-110 du 20 Moharram 1423 correspondant au 3 avril 2002 modifiant le décret exécutif n° 98-422 du 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998 portant création des commissions consultatives hospitalo-universitaires et fixant leurs attributions, leur organisation et leur fonctionnement.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique et du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n° 2000-256 du 26 Joumada El Oula 1421 correspondant au 26 août 2000 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 01-139 du 8 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 98-422 du 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998 portant création des commissions consultatives hospitalo-universitaires et fixant leurs attributions, leur organisation et leur fonctionnement;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier les articles 4, 6, 14 et 16 du décret exécutif n° 98-422 du 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998 portant création des commissions consultatives hospitalo-universitaires et fixant leurs attributions, leur organisation et leur fonctionnement.

**Article 2** : L'article 4 du décret exécutif n° 98-422 du 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998 susvisé, est modifié comme suit :

"Art. 4. — :

— (sans changement),

(sans changement), — (sans changement), — (sans changement), — (sans changement),

(sans changement),

un spécialiste hospitalo-universitaire de rang magistral par département et un maître-assistant hospitalo-universitaire, élus par leurs pairs pour une période de trois (3) ans selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé."

**Article 3** : L'article 6 du décret exécutif n° 98-422 du 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998 susvisé, est modifié comme suit :

'Art. 6. — Les commissions locales élisent en leur sein un président et un vice-président parmi leurs membres spécialistes hospitalo-universitaires pour une durée de trois (3) ans renouvelable une fois."

(Le reste sans changement).

**Article 4** : L'article 14 du décret exécutif n° 98-422 du 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998 susvisé, est modifié comme suit :

"Art. 14. — La commission nationale est composée des membres suivants :

— le directeur général de l'hôpital central de l'Armée ou son représentant,

les responsables des établissements ou structures d'enseignement supérieur en sciences médicales,

— le directeur général de l'institut national de la santé publique,

le directeur général de l'Agence nationale de développement de la recherche en santé,

les directeurs chargés des activités médicales au sein des centres hospitalo-universitaires,

les présidents des commissions consultatives hospitalo-universitaires locales,

un (1) spécialiste hospitalo-universitaire par commission locale élu parmi ses membres."

**Article 5** : L'article 16 du décret exécutif n° 98-422 du 24 Chaâbane 1419 correspondant au 13 décembre 1998 susvisé, est modifié comme suit :

"Art. 16. — La commission nationale élit en son sein un président et un vice-président parmi ses membres hospitalo-universitaires de grade de professeur pour une durée de trois (3) ans renouvelable une fois."

(Le reste sans changement).

**Article 6** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 20 Moharram 1423 correspondant au 3 avril 2002.

**Ali BENFLIS.**

**Décret exécutif n° 05-15 du Aouel Dhou El Hidja 1425 correspondant au 11 janvier 2005 instituant une prime d'encouragement à la direction des thèses de doctorat.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 i alinéa 2) ;

Vu la loi n° 99-05 du 18 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 4 avril 1999, modifiée, portant loi d'orientation sur l'enseignement supérieur ;

Vu le décret n° 74-200 du 1<sup>er</sup> octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret n° 86-52 du 18 mars 1986, modifié, portant statut-type des travailleurs du secteur de la recherche scientifique et technique ;

Vu le décret n° 86-276 du 11 novembre 1986, modifié et complété, fixant les conditions de recrutement des personnels étrangers dans les services de l'Etat, des collectivités locales, établissements, organismes et entreprises publics ;

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 04-138 du 6 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 26 avril 1425 2004 portant nomination des membres du Gouvernement.

Vu le décret n° 89-122 du 18 juillet 1989, modifié et complété, portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps spécifiques de l'enseignement et de la formation supérieurs ;

Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 94-260 du 19 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 27 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

Vu le décret exécutif n° 96-370 du 21 Joumada Ethania 1417 correspondant au 3 novembre 1996 fixant les conditions de recrutement de certains enseignants de l'enseignement et de la formation supérieurs ;

Vu le décret exécutif n° 98-254 du 24 Rabie Ethani 1419 correspondant au 17 août 1998 relatif à la formation doctorale, à la post-graduation spécialisée et à l'habilitation universitaire ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est institué une prime d'encouragement à la direction des thèses de doctorat.

Elle a pour objet d'encourager les professeurs de l'enseignement supérieur, les professeurs hospitalo-universitaires, les directeurs de recherche, les maîtres de conférences et les maîtres de recherche à faire soutenir les thèses de doctorat dont ils assurent l'encadrement dans un délai maximum de six (6) ans à compter de la date de la première inscription au doctorat.

**Article 2** : Le montant de la prime prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est fixé à cent mille dinars (100.000 DA) par thèse de doctorat soutenue dans le délai fixé à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus.

Article 3 : - La prime prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est soumise à cotisation de sécurité sociale.

**Article 4** : Les enseignants recrutés en qualité de professeurs de l'enseignement supérieur, professeurs hospitalo-universitaires et maîtres de conférence contractuels par application du décret exécutif n° 96-370 du 21 Joumada Ethania 1417 correspondant au 3 novembre 1996, susvisé, ainsi que les personnels étrangers recrutés en qualité de professeurs de l'enseignement supérieur et maîtres de conférences par application du décret n° 86-276 du 11 novembre 1986, modifié et complété, susvisé, bénéficient des dispositions du présent décret.

**Article 5** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le Aouel Dhou El Hidja 1425 correspondant au 11 janvier 2005.

**Ahmed OUYAHIA**

# Décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique.

Le Chef du Gouvernement

Sur rapport du ministre de la santé ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu l'ordonnance n°66-133 du 02 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;

Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, relative au service civil, modifiée et complétée par la loi n° 86-11 du 19 avril 1986 ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé,

Vu le décret n°71-215 du 25 août 1971, portant organisation du régime des études médicales ;

Vu le décret n° 82-491 du 18 décembre 1982, portant statut particulier des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes, des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret n°85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administration publiques ;

Vu le décret n° 85-60 du 23 mars 1985 fixant les mesures d'application immédiate du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administration publiques ;

Vu le décret n° 86-46 du 11 mars 1986 fixant à titre transitoire les conditions de recrutement et de gestion des personnels des institutions et administrations publiques en attendant la publication des statuts particuliers et des textes d'application du décret n°85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-179 du 05 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;

Vu le décret n° 90-260 du 8 septembre 1990 modifiant et complétant le décret n° 71-216 du 25 août 1971 portant organisation des études en vue du diplôme de pharmacien ;

Vu le décret n° 90-261 du 8 septembre 1990 modifiant et complétant le décret n° 71-218 du 25 août 1971 portant organisation des études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste

**Décrète:**

## TITRE : I DISPOSITIONS GÉNÉRALES Chapitre I Champ d'application

**Article 1 :** En application de l'article 4 décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions spécifiques applicables aux corps des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes généralistes et spécialistes de la santé publique et de fixer la nomenclature ainsi que les conditions d'accès aux postes de travail et emplois correspondants auxdits corps.

**Article 2 :** Les praticiens médicaux de santé publique régis par le présent statut sont en position d'activités dans les secteurs sanitaires, les C.H.U, les établissements hospitaliers spécialisés relevant du ministère de la santé.

Ils peuvent être mis en position d'activité par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre concerné dans les établissements ayant des activités similaires à celles des établissements énumérés à l'alinéa précédent et ne relevant pas du ministère de la santé.

A titre exceptionnel, ils peuvent être en position d'activité au niveau de l'administration centrale.

**Article 3 :** Les travailleurs régis par les dispositions du présent statut sont soumis aux droits et obligations prévus par le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 sus-visé.

Ils sont, en outre, assujettis aux règles précisées par le règlement intérieur spécifique à l'administration qui les emploie.

**Article 4 :** Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les praticiens médicaux de santé bénéficient :

Du transport pour les personnels astreints à un travail de nuit ou à une garde.

Les conditions dans lesquelles le transport est assuré sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

de prestation en matière de cantine dans les structures de santé, la restauration est gratuite pour le personnel de garde ;

de l'habillement : le port de la tenue est obligatoire pour les praticiens médicaux de santé publique durant l'exercice de leurs fonctions, d'une protection spéciale à l'occasion et durant l'exercice de leur fonction.

A cet effet ils bénéficient du concours des autorités concernées particulièrement lorsqu'ils procèdent aux expertises médicales et aux constatations médico-légales.

**Article 5 :** Les praticiens médicaux de santé publique quel que soit leur poste de travail et en toute circonstance nécessitant leur concours, sont astreints dans le cadre des missions qui leurs sont dévolues :

- à une disponibilité permanente
- aux gardes réglementaires organisées au sein du service ou de l'établissement.

## CHAPITRE II

### Recrutement – période d'essai

**Article 6 :** Nonobstant les dispositions prévues par le présent statut en application des articles 34 et 33 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les proportions fixées pour le recrutement peuvent être modifiées par arrêté conjoint de l'administration chargée de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique, après avis de la commission du personnel compétente.

Toutefois, ces modifications sont limitées à la moitié au plus des taux fixés pour les modes de recrutement par voie d'examen professionnel et de liste d'aptitude, sans que l'ensemble des proportions de recrutement ne dépasse le plafond de 50% des postes à pourvoir.

**Article 7 :** Les candidats recrutés dans les conditions prévues par le présent statut sont en qualité de stagiaires par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

Toutefois, les praticiens médicaux spécialistes de santé publique recrutés conformément aux dispositions du présent statut sont nommés et titularisés dès leur installation, par arrêté du ministre de la santé.

**Article 8 :** En application des dispositions des articles 40 et 41 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les stagiaires sont soumis à une période d'essai fixée de (9) neuf mois renouvelable une fois le cas échéant.

La confirmation des praticiens médicaux de santé publique est subordonnée à leur inscription sur une liste d'aptitude arrêtée, sur rapport motivé du responsable hiérarchique, par un jury dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont fixés conformément à la réglementation en vigueur.

### **Chapitre III Avancement – formation – promotion**

**Article 9 :** Les rythmes d'avancement applicables aux praticiens médicaux de santé publique sont fixés selon les trois durées et les proportions prévues à l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Toutefois, les titulaires d'emplois présentant un taux élevé de pénibilité ou de nuisance dont la liste est fixée par le décret pris en application des dispositions de l'article 7 de la loi n° 83-12 du 02 Juillet 1983 relative à la retraite, bénéficient des deux rythmes d'avancement selon les durées minimale et moyenne, aux proportions respectives de 6 et 4 sur 10 fonctionnaires conformément aux dispositions de l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

**Article 10 :** L'organisme employeur est tenu :

d'assurer la formation, le perfectionnement et le recyclage des praticiens médicaux de santé publique en vue d'une amélioration constante de leur qualification et de leur promotion.

d'assurer l'actualisation de leur connaissances en vue de l'acquisition de nouvelles compétences techniques et administratives liées aux besoins du secteur de la santé et aux exigences de la médecine moderne.

les conditions d'organisation de la formation seront fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 11 :** Dans le cadre de la participation aux manifestations scientifiques, les praticiens médicaux de santé publique bénéficient d'absences spéciales payées.

**Article 12 :** Sous réserve des dispositions de l'article 124 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les praticiens médicaux de santé publique confirmés, remplissant à partir de la date de leur recrutement la condition d'ancienneté exigée pour l'avancement au premier échelon, sont promus nonobstant la procédure d'inscription au tableau d'avancement tel que prévue par l'article 76 du décret n°85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

### **Chapitre IV Dispositions générales d'intégration**

**Article 13 :** Pour la constitution initiale des corps institués par le présent décret, il est procédé à l'intégration, à la confirmation et au reclassement des fonctionnaires titulaires et stagiaires ou confirmés en application du décret n° 86-46 du 11 mars 1986 susvisé et des travailleurs stagiaires dans les conditions fixées par les dispositions des articles 137 à 145 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé et les dispositions du présent décret.

**Article 14 :** Les fonctionnaires titulaires en application de la réglementation qui leur est applicable ou confirmés en application du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, sont intégrés, confirmés et rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détenaient dans le corps d'origine, tout droit à l'avancement pris en compte.

Le reliquat d'ancienneté dégagé dans le corps d'origine est utilisé pour l'avancement dans le corps d'accueil.

**Article 15 :** Les travailleurs non confirmés à la date d'effet du présent statut sont intégrés en qualité de stagiaires et confirmés, si leur manière de servir est jugée satisfaisante des qu'ils ont accompli la période d'essai réglementaire prévue par le corps d'accueil.

**Article 16 :** A titre transitoire et pendant une période de cinq (5) ans, à compter de la date d'effet du présent statut, l'ancienneté exigée pour la promotion à un grade ou à un poste supérieur des fonctionnaires intégrés dans les grades autres que ceux correspondants aux corps précédemment créés, en application de l'ordonnance n° 66-133 du 02 juin 1966 susvisée, est appréciée cumulativement au titre de grade d'origine et du grade d'intégration.

**Article 17 :** Les décisions portant confirmation, promotion, mouvement et cessation de fonction des travailleurs régis par le présent statut, font l'objet d'une publication par voie d'insertion au bulletin officiel de l'administration chargée de la santé.

Ces décisions sont, dans tous les cas, notifiées aux intéressés.

## **TITRE II DISPOSITIONS APPLICABLES AUX MEDECINS, PHARMACIENS ET CHIRURGIENS-DENTISTES, GENERALISTES ET SPECIALISTES DE SANTE PUBLIQUE.**

### **Chapitre I Corps des praticiens médicaux généralistes.**

**Article 18 :** Le corps des médecins généralistes de santé publique, le corps des pharmaciens généralistes de santé publique et le corps des chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique sont organisés en un grade unique, respectivement de médecins généralistes de santé publique, de chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique et de pharmaciens généralistes de santé publique.

#### **Section 1**

##### **Définition des tâches**

**Article 19 :** Les médecins généralistes de santé publique assurent notamment les activités suivantes:

diagnostics et soins  
protection maternelle et infantile  
protection sanitaire en milieu scolaire  
protection sanitaire en milieu de travail  
prévention générale et épidémiologie  
éducation sanitaire  
réadaptation et rééducation  
expertise médicale  
gestion sanitaire  
explorations fonctionnelles  
analyses biologiques.

ils participent à la formation des personnels de santé.

**Article 20 :** Les pharmaciens généralistes de santé publique assurent notamment, les tâches suivantes :

explorations et analyses biologiques  
préparations pharmaceutiques  
gestion et distribution des produits pharmaceutiques  
expertises biologiques, toxicologiques et pharmacologiques  
gestion sanitaire  
éducation sanitaire

Ils participent à la formation des personnels de santé.

**Article 21 :** Les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique assurent notamment les tâches suivantes :

prévention  
diagnostics et soins  
prothèses  
éducation sanitaire bucco-dentaire  
expertises bucco-dentaires  
gestion sanitaire  
ils participent à la formation des personnels de santé.

## Section 2 Conditions de recrutement

**Article 22 :** Les médecins généralistes de santé publique sont recrutés par voie de concours sur titre, parmi les candidats titulaires du diplôme de docteur en médecine ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 23 :** Les pharmaciens généralistes de santé publique sont recrutés, par voie de concours sur titre, parmi les candidats titulaires d'un diplôme de pharmacien ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 24 :** Les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique sont recrutés, par voie de concours sur titre, parmi les candidats titulaires d'un diplôme de chirurgien-dentiste ou d'un titre reconnu équivalent.

## Section 3 Dispositions transitoires d'intégration

**Article 25 :** Sont intégrés dans le grade des médecins généralistes de santé publique, les médecins généralistes titulaires et stagiaires.

**Article 26 :** Sont intégrés dans le grade des pharmaciens généralistes de santé publique, les pharmaciens généralistes titulaires et stagiaires.

**Article 27 :** Sont intégrés dans le grade des chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique, les chirurgiens-dentistes généralistes titulaires et stagiaires.

## Chapitre II Evolution de carrière

### Section 1 Organisation de carrière et régime indemnitaire

**Article 28 :** Les praticiens médicaux généralistes de santé publique bénéficient d'une indemnité liée à l'évolution de carrière et à celles de leurs qualifications.

**Article 29 :** Cette indemnité dite de qualification vise à stimuler la promotion des qualifications et des compétences des praticiens médicaux généralistes de santé publique et de satisfaire les besoins prioritaires du secteur de la santé publique.

**Article 30 :** L'indemnité de qualification est servie aux praticiens médicaux généralistes de santé publique en tenant compte de 04 niveaux suivants :

Le premier niveau de l'indemnité de qualification est accordé aux praticiens médicaux généralistes de santé publique justifiant de trois années d'ancienneté en cette qualité.

Les praticiens médicaux généralistes bénéficiaires du premier niveau de l'indemnité de qualification prennent le titre praticiens médicaux généralistes chefs ;

Le deuxième niveau de l'indemnité de qualification est accordée aux praticiens médicaux généralistes justifiant du titre de praticiens médicaux généralistes chefs ayant 03 années d'ancienneté en cette qualité.

Les praticiens médicaux généralistes bénéficiaires du deuxième niveau de l'indemnité de qualification prennent le titre de praticiens médicaux principaux ;

Le troisième niveau de l'indemnité de qualification est accordé aux praticiens médicaux généralistes ayant le titre de praticiens médicaux principaux justifiant de 04 années d'ancienneté en cette qualité.

Les praticiens médicaux généralistes bénéficiaires du troisième niveau de l'indemnité de qualification prennent le titre de praticiens médicaux major ;

Le quatrième niveau de l'indemnité de qualification est accordé aux praticiens médicaux généralistes ayant le titre de praticiens médicaux majors justifiant de 06 années d'ancienneté en cette qualité.

Les praticiens médicaux généralistes bénéficiaires du quatrième niveau de l'indemnité de qualification prennent le titre de praticiens médicaux supérieurs de santé publique.

**Article 31 :** Les praticiens médicaux généralistes de santé publique bénéficient, aux 4 niveaux de qualification définis ci-dessus, d'une réduction d'ancienneté, selon les modalités ci-après :

d'une année pour ceux ayant suivi une formation complémentaire de 3 mois,

de 18 mois pour ceux ayant suivi une formation complémentaire de 6 mois ;

de 3 années pour ceux ayant suivi une formation complémentaire d'une année.

Sont assimilés à une formation de 3 mois, les rapports d'activité et les mémoires sanctionnés dans les conditions fixées à l'article 35 ci-dessous.

**Article 32 :** Les taux de l'indemnité de qualification sont fixés par décret.

**Article 33 :** Ne peuvent bénéficier des formations complémentaires prévues à l'article 31 ci-dessus, que les praticiens médicaux généralistes de santé publique ayant exercés durant 3 années au moins en cette qualité.

**Article 34 :** Les conditions d'accès à la formation complémentaire spécialisée, les modalités de leur organisation ainsi que les domaines et les filières de formation prioritaires sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 35 :** Les modalités de sanction de formation complémentaires spécialisées sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des universités.

### Section 2 Dispositions transitoires

**Article 36 :** Ouvrent droit au 2<sup>e</sup> niveau de l'indemnité de qualification les praticiens médicaux généralistes de santé publique justifiant de 03 années d'ancienneté en cette qualité et ayant occupé l'emploi de médecin chef ou de pharmacien chef ou de chirurgien-dentiste chef.

Ils prennent l'appellation correspondante au 2<sup>e</sup> niveau de l'indemnité de qualification.

**Article 37 :** Ouvrent droit aux différents niveaux de l'indemnité de qualification et prennent l'appellation correspondante, les praticiens médicaux généralistes de santé publique justifiant du nombre d'années requis tels que fixés à l'article 30 du présent décret.

## Chapitre III

### Les postes supérieurs des praticiens généralistes

**Article 38 :** En application des articles 9 et 10 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 sus-visé, la liste des postes supérieurs des praticiens médicaux généralistes est fixée comme suit :

médecin responsable d'unité de base

médecin coordinateur

médecin inspecteur

pharmacien coordinateur

pharmacien inspecteur

chirurgien-dentiste coordinateur

chirurgien-dentiste inspecteur

### Section 1 Définition des tâches

**Article 39 :** Outre les tâches définies à l'article 19 du présent décret, le médecin responsable d'unité de base est chargé d'assurer la responsabilité technico-administrative du fonctionnement d'une unité de base.



On entend par unité de base, un centre de santé, ou une polyclinique ou toute unité de soins assurant la même activité qu'un centre de santé comportant un minimum de quatre médecins généralistes.

**Article 40 :** Outre les tâches définies à l'article 19 du présent décret, les médecins coordinateurs sont chargés d'animer, de coordonner et de diriger l'activité des praticiens médicaux généralistes affectés dans un ensemble de structures de santé de base placées sous leur responsabilité.

**Article 41 :** Outre les tâches définies à l'article 19 du présent décret, les médecins inspecteurs sont chargés de missions d'inspection, d'évaluation et d'expertise portant sur l'activité et le fonctionnement des structures et établissements sanitaires.

Ils assurent le contrôle de l'application de la législation et de la réglementation relative à l'exercice des professions médicales.

Ils sont chargés, en outre, d'étudier et de proposer toute mesure tendant à améliorer la qualité des prestations et le rendement des structures et établissements de santé.

**Article 42 :** Outre les tâches prévues à l'article 20 du présent décret, les pharmaciens coordinateurs assurent la responsabilité technique de l'une des structures suivantes :

pharmacie d'un établissement hospitalier spécialisé, d'un secteur sanitaire ou d'un CHU;

laboratoire d'hygiène et de contrôle de wilaya ;

laboratoire dépendant de l'un des établissements sus-cités comportant un minimum de huit(8) agents.

**Article 43 :** Les pharmaciens inspecteurs assurent des missions d'inspection et d'enquête portant sur le fonctionnement et la gestion des pharmacies et laboratoires ainsi que le contrôle de l'application de la législation et de la réglementation relative aux produits pharmaceutiques et à la pharmacie.

**Article 44 :** Outre les tâches prévues à l'article 21 du présent décret, les chirurgiens-dentistes coordinateurs sont chargés d'assurer la responsabilité d'une unité de soins dentaires comprenant un minimum de six (6) chirurgiens-dentistes généralistes.

Ils assurent la coordination des activités des chirurgiens-dentistes placés sous leur responsabilité.

**Article 45 :** Outre les tâches prévues à l'article 21 du présent décret, les chirurgiens-dentistes inspecteurs sont chargés d'assurer des missions d'inspection, d'enquête et d'évaluation portant sur la qualité des prestations de soins, le fonctionnement et la gestion des structures de soins dentaires ainsi que le contrôle de l'application de la législation et de la réglementation en vigueur relative à l'activité dont ils ont la charge.

## **Section 2** **Conditions de nomination**

**Article 46 :** Les médecins responsables d'unités de base sont nommés parmi les médecins généralistes de santé publique ayant le titre de médecin généraliste chef et inscrit sur une liste d'aptitude.

**Article 47 :** Les médecins coordinateurs sont nommés parmi les médecins généralistes ayant le titre de médecin généraliste principaux inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 48 :** les médecins inspecteurs sont nommés parmi :

les médecins généralistes ayant le titre de médecin généraliste majors justifiant de deux (2) années d'exercice en cette qualité, les médecins généralistes ayant le titre de médecins généralistes supérieurs, titulaires.

**Article 49 :** Les chirurgiens-dentistes coordinateurs sont nommés parmi les chirurgiens-dentistes ayant le titre de chirurgiens-dentistes principaux inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 50 :** Les chirurgiens-dentistes inspecteurs sont nommés parmi :

les chirurgiens-dentistes ayant le titre de chirurgiens-dentistes majors justifiant de deux (2) années d'exercice en cette qualité ; les chirurgiens-dentistes ayant le titre de chirurgiens-dentistes supérieurs, titulaires

**Article 51 :** Les pharmaciens coordinateurs sont nommés parmi les pharmaciens ayant le titre de pharmaciens principaux inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 52 :** les pharmaciens inspecteurs sont nommés parmi :

les pharmaciens ayant le titre de pharmaciens majors justifiant de deux (2) années d'exercice en cette qualité, les pharmaciens ayant le titre de pharmaciens supérieurs, titulaires.

## **Chapitre IV** **Corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique.**

**Article 53 :** Le corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique comprend les grades suivants :

le grade de praticien spécialiste de 1<sup>er</sup> degré

le grade de praticien spécialiste de 2<sup>e</sup> degré

le grade de praticien spécialiste de 3<sup>e</sup> degré

## **Section 1** **Définition des tâches**

**Article 54 :** Les praticiens spécialistes du 1<sup>e</sup>, du 2<sup>e</sup> et du 3<sup>e</sup> degré assurent, dans les structures sanitaires, suivant leurs spécialités et leurs domaines de compétences les tâches suivantes :

diagnostics, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmacologiques et bucco-dentaires.

Ils participent à la formation des personnels de santé.

## **Section 2** **Conditions de recrutement**

**Article 55 :** Outre les conditions d'exercice prévues aux articles 197 et 198 de la loi 85-05 du 16 février 1985 susvisée, les praticiens spécialistes du 1<sup>er</sup> degré sont recrutés, sur titre parmi :

Les candidats titulaires du diplôme d'études médicales spéciales (DEMS) ou d'un titre reconnu équivalent ;

Les maîtres assistants.

**Article 56 :** Les praticiens spécialistes de 2<sup>e</sup> degré sont recrutés par voie de concours parmi :

les praticiens spécialistes du 1<sup>er</sup> degré justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité ;

les maîtres assistants justifiant de quatre (4) années d'exercice effectif en qualité de spécialistes.

**Article 57 :** Les praticiens spécialistes du 3<sup>e</sup> degré sont recrutés, par voie de concours sur épreuve, parmi :

les praticiens du 2<sup>e</sup> degré justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité ;

les docents justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité

## **Section 3** **Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 58 :** Sont intégrés dans le grade des praticiens spécialistes de 1<sup>er</sup> degré, les praticiens spécialistes du 1<sup>er</sup> degré.

**Article 59 :** Sont intégrés dans le grade des praticiens spécialistes du 2<sup>e</sup> degré, les praticiens spécialistes du 2<sup>e</sup> degré.

**Article 60 :** Sont intégrés dans le grade des praticiens spécialistes du 3<sup>e</sup> degré, les praticiens spécialistes du 3<sup>e</sup> degré.

**Chapitre V**  
**Les postes supérieurs**

**Article 61 :** En application des articles 9 et 10 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs des praticiens médicaux de santé publique est fixée comme suit :

praticien spécialiste chef d'unité  
praticien spécialiste chef de service,  
médecin du travail inspecteur

**Section 1**  
**Définition des tâches**

**Article 62 :** Outre les activités prévues à l'article 54 du présent décret, le praticien spécialiste chef d'unité assure la responsabilité technico-administrative de l'unité.

**Article 63 :** Outre les tâches prévues à l'article 54 du présent décret, le praticien spécialiste chef de service assure la responsabilité technico-administrative du service.

**Article 64 :** Les services et unités composant les secteurs sanitaires et les établissements hospitaliers spécialisés sont définies par arrêté du ministre de la santé conformément aux dispositions de l'article 6 du décret n° 81-242 du 5 septembre 1981 et de l'article 7 du décret n° 81-243 du 5 septembre 1981 portant création et organisation respectivement, des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés.

**Article 65 :** Le médecin du travail inspecteur est chargé du contrôle et de l'inspection portant sur l'organisation et le fonctionnement des structures de médecine du travail.

Il est chargé également d'orienter, de coordonner et d'évaluer l'action des médecins du travail et ceux, conformément à la législation et la réglementation en vigueur.

**Section 2**  
**Conditions de nomination**

**Article 66 :** Les praticiens spécialistes chefs d'unités sont nommés parmi :  
les praticiens spécialistes du 1<sup>er</sup> degré au moins et justifiant de deux (2) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 67 :** Les praticiens spécialistes chefs de service sont nommés parmi :  
les praticiens spécialistes du 2<sup>e</sup> degré au moins et justifiant de deux (2) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 68 :** les médecins du travail inspecteurs sont nommés parmi :  
- les médecins spécialistes du 1<sup>er</sup> degré en médecine du travail au moins et justifiant de deux (2) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**TITRE III**  
**CLASSIFICATION**

**Article 69 :** Le poste supérieur de praticien médical spécialiste chef de service est classé dans les conditions fixées par le décret n° 86-179 du 5 août 1986 sus-visé conformément au tableau ci-dessous :

POSTE SUPERIEUR	CLASSEMENT			
	Catégorie	Section	Niveau Hiérarchique	Indice
Praticien médical spécialiste, chef de service	A	3	N	920

**Article 70 :** En application des dispositions de l'article 69 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le classement des postes de travail, emplois et corps des praticiens médicaux de santé publique est fixé conformément au tableau ci-après :

**CORPS DES PRATICIENS MEDICAUX DE SANTE PUBLIQUE**

CORPS	GRADES	CLASSEMENT		
		Catégorie	Section	Indice
Praticiens médicaux généralistes	Médecins généralistes	17	1	534
	Pharmaciens généralistes	16	1	482
	Chirurgiens dentistes généralistes	16	1	482
Praticiens spécialistes du 1 <sup>er</sup> degré	Médecins spécialistes du 1 <sup>er</sup> degré	19	3	686
	Pharmaciens spécialistes du 1 <sup>er</sup> degré	19	3	686
	Chirurgiens dentistes spécialistes du 1 <sup>er</sup> degré	19	3	686
Praticiens spécialistes du 2 <sup>ème</sup> degré	Médecins spécialistes du 2 <sup>ème</sup> degré	20	1	730
	Pharmaciens spécialistes du 2 <sup>ème</sup> degré	20	1	730
	Chirurgiens dentistes spécialistes du 2 <sup>ème</sup> degré	20	1	730
Praticiens spécialistes du 3 <sup>ème</sup> degré	Médecins spécialistes du 3 <sup>ème</sup> degré	20	5	794
	Pharmaciens spécialistes du 3 <sup>ème</sup> degré	20	5	794
	Chirurgiens dentistes du 3 <sup>ème</sup> degré	20	5	794

**POSTES SUPERIEURS DES PRATICIENS MEDICAUX GENERALISTES ET SPECIALISTES**

POSTES SUPERIEURS	Classement		
	Catégorie	Section	Indice
Médecin responsable d'unité de base	17	5	581
Médecin coordinateur	18	5	645
Médecin inspecteur	19	2	672
Pharmacien coordinateur	17	5	581
Pharmacien inspecteur	18	2	606
Chirurgien-dentiste coordinateur	17	5	581
Chirurgien-dentiste inspecteur	18	2	606
Médecin spécialiste chef d'unité	20	3	762
Pharmacien spécialiste chef d'unité	20	3	762
Chirurgien-dentiste spécialiste chef d'unité	20	3	762
Médecin spécialiste de travail inspecteur	20	3	762

**TITRE IV  
DISPOSITIONS FINALES**

**Article 71 :** Sont abrogées toutes les dispositions contraires à celles du présent décret, notamment les articles 2 à 43 du décret n°82-491 du 18 décembre 1982 susvisé.

**Article 72 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire et prend effet à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 1990.

Fait à Alger, le 27 avril 1991.

**Mouloud HAMROUCHE**



**Décret exécutif n° 93-228 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;  
Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier et compléter certaines dispositions du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 susvisé.

**Article 2** : Les dispositions de *l'article 28* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 susvisé, sont complétés *in fine* ainsi qu'il suit :  
« *Art. 28.* — Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique bénéficient d'une indemnité de qualification selon les modalités fixées par un décret particulier ».

**Article 3** : Les dispositions de *l'article 53* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont modifiées et complétées ainsi qu'il suit :

— *Art. 53.* — Le corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique est organisé en un grade unique : le grade des praticiens médicaux spécialistes de santé publique ».

**Article 4** : Les dispositions de *l'article 54* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 susvisé, sont modifiées comme suit :

« *Art. 54.* — Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique assurent, dans les structures sanitaires, suivant leurs spécialités et leurs domaines de compétence, les tâches suivantes :

— diagnostics, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales pharmacologiques et bucco-dentaires;

— ils participent à la formation des personnels de santé ».

**Article 5** : Les dispositions de *l'article 55* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont modifiées comme suit :

« *Art 55.* — Outre les conditions d'exercice prévues aux articles 197 et 198 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, les praticiens médicaux spécialistes de santé publique sont recrutés, sur titre, parmi :

— les candidats titulaires du diplôme d'études médicales spéciales (DEMS) ou d'un titre reconnu équivalent,

— les maîtres assistants ».

**Article 6** : Les dispositions des *articles 56 et 57* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont abrogées.

**Article 7** : Les dispositions de *l'article 58* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont modifiées comme suit :

« *Art. 58.* — Sont intégrés dans le grade des praticiens spécialistes de santé publique, les praticiens spécialistes du 1<sup>er</sup> degré, les praticiens spécialistes du 2<sup>ème</sup> degré, les praticiens spécialistes du 2<sup>ème</sup> degré ».

**Article 8** : Les dispositions des *articles 59 et 60* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont abrogées.

**Article 9** : Les dispositions de *l'article 66* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« *Art. 66.* — Les praticiens médicaux spécialistes chefs d'unité sont nommés parmi :

— les praticiens médicaux spécialistes de santé publique justifiant de deux (02) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude ».

**Article 10** : Les dispositions de *l'article 67* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« *Art. 67.* — Les praticiens médicaux spécialistes, chefs de service sont nommés parmi :

— les praticiens médicaux spécialistes, chefs d'unité justifiant de trois (03) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude;

— les praticiens médicaux spécialistes de santé publique justifiant de huit (08) années d'exercice en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude ».

**Article 11** : Les dispositions de *l'article 68* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« *Art. 68.* — Les médecins de travail inspecteurs sont nommés parmi :

— les médecins de santé publique, spécialistes en médecine du travail et justifiant de deux (02) années d'exercice en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude ».

**Article 12** : Le tableau prévu à *l'article 70* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié comme suit :

**Corps des praticiens médicaux de santé publique**

CORPS	GRADES	CLASSEMENT		
		Catégorie	Section	Indice
Praticiens médicaux généralistes	Médecins généralistes	17	1	534
	Pharmaciens généralistes	16	1	482
	Chirurgiens dentistes généralistes	16	1	482
Praticiens médicaux Spécialistes de santé publique	Médecins spécialistes	19	3	686
	Pharmaciens spécialistes	19	3	686
	Chirurgiens dentistes spécialistes	19	3	686

**Article 13** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993.

**Rédha MALEK**

**Décret exécutif n° 99-290 du ramadhan 1420 correspondant au 13 décembre 1999 modifiant le décret  
91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes  
de santé publique.**

Le Chef du Gouvernement

Sur le rapport du Ministre de la santé et de la population ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée relative au service civil ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur,

Vu le décret n°85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 98-427 du 26 Chaabane 1419 correspondant au 15 décembre 1998 portant nomination du Chef du Gouvernement

Vu le décret n° 98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

Vu le décret n° 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale ;

Vu le décret n° 92-284 du 6 juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine ;

Vu le décret n° 92-285 du 6 juillet 1992 modifié et complété, relatif à l'autorisation d'exploitation d'un établissement de protection et/ou de distribution de produits pharmaceutiques ;

Vu le décret n° 92-286 du 6 juillet 1992, relatif au contrôle de l'information médicale et scientifique sur les produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine ;

**Décrète:**

**TITRE : I**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le président décreta pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 susvisé.

**Article 2** : L'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991 susvisé est modifié, complété et rédigé comme suit :

*Art 1er* : En application de l'article 4 du décret n°85-59 mars 1985 susvisé, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions spécifiques applicables aux corps des médecins des pharmaciens et des chirurgiens dentistes généralistes et spécialistes de santé publique et aux corps des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes inspecteurs de santé publique et de fixer la nomenclature ainsi que les conditions d'accès aux postes de travail correspondant aux dits corps.

**Article 3** : L'article 7 du décret exécutif n°91-106 du 27 avril, susvisé, est modifié, complété et rédigé comme suit :

*Art 7* : Les candidats recrutés dans les conditions prévues par le présent décret sont nommés en qualité de stagiaires par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

Toutefois, les praticiens médicaux spécialistes de santé publique, recrutés conformément aux dispositions du présent décret, sont nommés et titularisés dès leur installation, par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 4** : L'article 38 du décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié et rédigé comme suit :

*Art. 38* - En application des articles 9 et 10 du décret n°85-59 du 23 mars 1985, susvisé, la liste des postes supérieurs des praticiens médicaux de santé publique est fixée comme suit :

Médecin responsable d'unité de base ;

Médecin coordinateur ;

Pharmacien coordinateur ;

Chirurgien dentiste coordinateur.

**Article 5** : Le titre II du décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est complété par un chapitre IV bis, comportant les articles 60 bis, 60 ter, 60 quatre, 60 quinquies, 60 sixies, 60 septies, 60 octies, 60 nonies rédigés ainsi qu'il suit :

**« Chapitre IV bis »**

**Corps des praticiens médicaux inspecteurs de santé publique.**

*Art. 60 BIS* : Le corps des médecins inspecteurs de santé publique, le corps des pharmaciens inspecteurs de santé publique et le corps des chirurgiens dentistes inspecteurs de santé publique sont organisés en grade nique, respectivement de médecins inspecteur de santé publique.

**Section 1**

**Définition des tâches**

*Art 60 ter* : Les médecins inspecteurs de santé publique sont chargés notamment :

D'inspecter, d'enquêter d'évaluer l'activité et de fonctionnement des structures et établissements publics et privés de santé et d'en établir des procès-verbaux mentionnant l'ensemble des faits et des mesures conservations éventuellement prises ;

D'assurer le contrôle de l'application de la réglementation relative à l'exercice des professions médicales et de la tarification ;

De veiller au respect de l'application de la réglementation relative à la nomenclature des actes et à la nomenclature des équipements médicaux ;

De contrôler l'application des programmes de santé ;

De veiller au respect des règles d'hygiène et à la prévention des infections hospitalières au niveau des structures de santé ;

De contrôler les services de garde et des urgences et de s'assurer de la présence effective des praticiens médicaux et paramédicaux publics et privés ;

D'étudier et de proposer toute mesure de nature à améliorer la qualité des prestations et le rendement des structures et établissements de santé,

De procéder à des enquêtes d'opportunité en vue de l'ouverture ou la fermeture des structures sanitaires.

*Art 60 quater* : Les chirurgiens dentistes inspecteurs de santé publique sont chargés notamment, d'assurer des missions d'inspection, d'enquête et d'évaluation portant sur la qualité des prestations de soins, le fonctionnement des structures de soins dentaires ainsi que le contrôle de l'application de la législation et de la réglementation en vigueur relative à l'activité de chirurgie dentaire.

*Art 60 quinquies* : Les pharmaciens inspecteurs de santé publique sont chargés en application des dispositions de l'article 194-4 de la loi n°85-05 du 16 février 1985, susvisée, de :

Veiller au respect de la réglementation en matière d'exercice des professions pharmaceutiques et biologique ;

Veiller à l'application et au respect des prescriptions relatives aux procédés de fabrication de préparation et de contrôle des produits pharmaceutiques et autres produits assimilés à des médicaments ;

Veiller à l'application des prescriptions relatives aux conditions de détention, de stockage, de distribution des produits pharmaceutiques et autres produits assimilés à des médicaments ;  
 Contrôler et évaluer des prescriptions d'installation, d'ouverture et de fonctionnement des établissements pharmaceutiques et biologiques ;  
 Rechercher et constater les infractions aux dispositions législatives et réglementaires régissant l'exercice de la pharmacie et de la biologie et opérer des prélèvements d'échantillons, le cas échéant ;  
 Veiller, en relation avec les institutions et organismes compétents en la matière, au respect de la tarification.

**Art 60 Sixiès** : Les médecins inspecteurs sont recrutés voie de concours sur titre, parmi.

Les médecins généralistes justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi avec succès une formation spécialisée d'une année ;

Les médecins spécialistes ayant suivi avec succès une formation spécialisée d'une année ;

**Art 60 septiès** : les chirurgiens dentistes inspecteurs sont recrutés par voie de concours sur titre parmi ;

Les chirurgiens dentistes justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi succès une formation spécialisée d'une année ;

**Art 60 octiès** : Les pharmaciens inspecteurs sont recrutés par voie de concours sur titre parmi

Les pharmaciens généralistes justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi avec succès une formation spécialisée d'une année ;

Les pharmaciens spécialistes ayant suivi succès une formation spécialisée d'une année ;

**Art 60 noniès** : Les conditions et modalités d'accès à la formation visée aux articles, 60 sixiès, 60 septiès, 60 octiès, ci-dessus, sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique .

**Article 6** : Le tableau prévu à l'article 70 du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié et complété comme suit :

**CORPS DES PRATICIENS MEDICAUX DE SANTE PUBLIQUE**

CORPS	GRADES	CLASSEMENT		
		Catégorie	Section	Indice
Praticiens médicaux généralistes	Médecin généraliste	17	1	534
	Pharmaciens généralistes	16	1	482
	Chirurgiens dentistes généralistes	16	1	482
Praticiens médicaux spécialistes de santé publique	Médecin spécialiste	19	3	686
	Pharmaciens spécialistes	19	3	686
	Chirurgiens dentistes spécialistes	19	3	686
Praticien médicaux inspecteurs	<u>Médecin généraliste inspecteurs</u> Nommés dans le cadre des dispositions de l'article 60 sixiès tiret 1	19	1	658
	Nommés dans le cadre des dispositions de l'article 60 sixiès tiret 2	20	3	762
	Chirurgiens dentistes inspecteurs Nommés dans le cadre des dispositions de l'article 60 septiès tiret 1	18	1	593
	Nommés dans le cadre des dispositions de l'article 60 septiès tiret 2	20	3	762
	<u>Pharmaciens généralistes inspecteurs</u> Nommés dans le cadre des dispositions de l'article 60 octiès tiret 1	18	1	593
	Nommés dans le cadre des dispositions de l'article 60 octiès tiret 2	20	3	762

**POSTES SUPERIEURS DES PRATICIENS MEDICAUX GENERALISTES ET SPECIALISTES**

POSTES SUPERIEURS	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Médecin responsable d'unité de base	17	5	581
Médecin coordinateur	18	5	645
Pharmacien coordinateur	17	5	581
Chirurgien dentiste coordinateur	17	5	581
Praticiens médicaux spécialistes chargés d'unités	20	3	762
Médecin spécialiste de travail inspecteur	20	3	762

**Article 7** : Les dispositions des articles 41, 43, 45,50 et 52 du décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991 sont abrogées.

**Article 8** : Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 Ramadhan 1420 au 13 Décembre 1999.

**SMAÏL HAMDANI**

**Décret présidentiel n° 02-338 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique.**

Le Président de la République,  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1<sup>er</sup>) ;  
 Vu la loi n° 85-58 du 23 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
 Vu le décret n° 85-58 du 23 mars 1985, modifié et complété, relatif à l'indemnité d'expérience ;  
 Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
 Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;  
 Vu le décret exécutif n° 93-230 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993, modifié, fixant les modalités d'attribution de l'indemnité de qualification au profit des praticiens médicaux spécialistes de santé publique ;

**Décrète:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé.

**Article 2** : L'alinéa 2 de l'article 7 du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié comme suit :

« Art : 7 – (.....)..... »

Toutefois, les praticiens médicaux spécialistes de santé publique, recrutés conformément aux dispositions du présent décret, sont nommés et titularisés par l'autorité ayant pouvoir de nomination ».

**Article 3** : L'article 28 du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié et complété comme suit :

« Art 28 Les praticiens médicaux généralistes de santé publique bénéficient d'une indemnité liée à l'évolution de leur carrière et à celle de leurs qualifications ».

**Article 4** : Le décret exécutif n° 91-106 du 7 avril 1991 susvisé et complété par un article 28 bis rédigé comme suit :

« Art 28 bis : Les praticiens spécialistes de santé publique bénéficient d'une indemnité de qualification attribué selon les modalités ci-après :  
 pour les praticiens médicaux spécialistes de santé publique en activité au 30 septembre 2002, l'indemnité de qualification est fixée au montant perçu à cette date.

Le montant de l'indemnité de qualification recrutés postérieurement à la date d'effet du présent décret correspond au montant perçu par les praticiens spécialisé en activité au 30 septembre 2002 et ayant une ancienneté inférieure à trois années »

**Article 5** : L'article 53 du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié comme suit :

« Art 53 : Le corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique comprend les grades suivants :

le grade de praticien spécialiste assistant ;

le grade de praticien spécialiste principal ;

le grade de praticien spécialiste chef »

**Article 6** : L'article 54 du décret exécutif n° 91-106 susvisé, est modifié et complété comme suit :

« Art 54 : Les praticiens spécialistes assistants, les praticiens spécialistes principaux et les praticiens spécialistes chefs assurent, dans les structures sanitaires, suivant leur spécialité et leur domaine de compétence, les tâches suivantes :

Diagnostic, traitement, contrôle et recherche en matière de soins de prévention, réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales pharmacologiques et bucco-dentaires ;

Ils participent à la formation des personnels de santé ;

Les praticiens spécialistes principaux et les praticiens spécialistes chefs, peuvent être appelés, en outre, à assurer les tâches de gestion, d'évaluation et d'encadrement de projets de service, de projets d'établissement et de programmes de santé ».

**Article 7** : L'article 55 du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié comme suit :

« Art 55 Outre les condition d'exercice prévues aux articles 197 et 198 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 , susvisée , les praticiens spécialistes assistants sont recrutés sur titre , parmi :

Les candidats titulaires du diplôme d'études médicales spéciales (DEMS) ou d'un titre reconnu équivalent ;

Les maîtres assistants »

**Article 8** : Le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 , susvisé est complété par les articles 55 bis ter et 55 quater rédigés comme suit :

« Art 55 bis : Les praticiens spécialistes principaux sont recrutés, par voie de concours sur épreuves, parmi les praticiens spécialistes assistants justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité ».

« Art 55 ter : Les praticiens spécialistes chefs sont recrutés par voie de concours sur épreuves, parmi les praticiens spécialistes principaux justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité ».

« Art 55 quater : La nature des épreuves et les modalités d'organisation et de déroulement des concours prévues aux articles 55 bis et ter , ci – dessus , sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique .

CORPS	GRADE	INDICE DE BASE	ECHELON INDICIAIRE									
			46	92	138	184	230	276	322	368	414	460
Praticiens spécialistes	Assistant	920	46	92	138	184	230	276	322	368	414	460
	Principal	1000	50	100	150	200	250	300	350	400	450	500
	Chef	1080	54	108	162	216	270	324	378	432	446	540

**Article 14 :** Le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé est complété par les articles 69 bis et 69 ter rédigés comme suit :  
 « Art 69 bis : Les postes supérieurs de chef d'unité, de médecin du travail inspecteur et de chef de service sont classés conformément au tableau ci-après :

POSTES SUPERIEURS	INDICES
Chef d'unité	1080
Pourvu dans les conditions fixées à l'article 66-1	1000
Pourvu dans les conditions fixées à l'article 66-2	
Médecin de travail	1000
Chef de service	
Pourvu dans les conditions fixées à l'article 67-1	1160
Pourvu dans les conditions fixées à l'article 67-2	1120
Pourvu dans les conditions fixées à l'article 67-3	1040
Pourvu dans les conditions fixées à l'article 64-4	1040

« Art 69 ter : Les praticiens spécialistes nommés aux postes supérieurs ci-dessus gardent le bénéfice de l'indemnité d'expérience professionnelle (IEP) acquise dans le grade d'origine »

**Article 15 :** Le tableau prévu à l'article 70 du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié comme suit :

CORPS DES PRATICIENS MEDICAUX GENERALISTES				
CORPS	GRADES	CLASSEMENT		
		Catégorie	Section	Indice
Praticiens médicaux généralistes	Médecins généralistes	19	1	658
	Pharmaciens généralistes	18	1	593
	Chirurgien dentistes généralistes	18	1	593

POSTES SUPERIEURS DES PRATICIENS MEDICAUX GENERALISTES			
POSTES SUPERIEURS	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Médecin responsable d'unité de base	20	1	730
Médecin coordinateur	20	5	794
Pharmacien coordinateur	19	5	714
Chirurgien dentiste coordinateur	19	5	714

**Article 16 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2002

**Article 17 :** Les dispositions du décret exécutif n° 93-230 du 5 octobre 1993, susvisé, sont abrogées.

**Article 18 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002

**Abdelaziz BOUTEFLEKA**

**Décret exécutif n° 03-146 du 26 Moharram 1424 correspondant au 29 mars 2003 déterminant les modalités de rémunération des praticiens médicaux spécialistes de santé publique .**

Le Chef de Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n° 02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie El Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990, modifié et complété, fixant le mode de rémunération applicable aux travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : La valeur du point indiciaire servant de base au calcul de la rémunération principale des praticiens médicaux spécialistes de santé publique appartenant aux corps et postes supérieurs cités ci-après est celle prévue par le décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990, modifié et complété, susvisé :

Corps des praticiens spécialistes de santé publique :

Praticien spécialiste assistant ;

Praticien spécialiste principal ;

Praticien spécialiste chef.

Postes supérieurs des praticiens spécialistes de santé publique :

Praticien spécialiste chef unité ;

Praticien spécialiste chef de service ;

Médecin du travail inspecteur ;

**Article 2** : Sont abrogées toutes les dispositions contraires au présent décret.

**Article 3** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2002.

**Article 4** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 26 Moharram 1424 correspondant au 29 mars 2003.

**Ali BENFLIS.**



**Décret exécutif n° 05-29 du 3 Dhou El Hidja 1425 correspondant au 13 janvier 2005 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 23 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 04-138 du 6 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 26 avril 2004 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

**Décrète:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé.

**Article 2** : Le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé est complété par les *articles 58 bis et 58 ter* rédigés comme suit :

« *Art. 58 bis.* – Sont intégrés dans le grade de praticien spécialiste assistant les praticiens spécialistes.

Sont intégrés dans le grade de praticien spécialiste principal, les praticiens spécialistes du 2<sup>ème</sup> degré nommé antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 1990.

Sont intégrés, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2002, dans le grade de praticien spécialiste principal, les praticiens spécialistes du 1<sup>er</sup> degré nommés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 1990 et ayant :

- soit occupé régulièrement un poste supérieur de chef de service ou d'unité durant deux (2) années,
- soit, géré, régulièrement un programme national de santé durant une (1) année,
- soit, suivi, régulièrement, une formation complémentaire d'une durée cumulée égale ou supérieure à une (1) année,
- soit assuré régulièrement un enseignement supérieur en sciences médicales durant au moins une (1) année ».

« *Art. 58 ter.* – Sont intégrés dans le grade de praticien spécialiste chef à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2002 : les praticiens spécialistes du 2<sup>ème</sup> degré nommés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 1990 et ayant :

- soit occupé régulièrement un poste supérieur de chef service durant au moins trois (3) années,
- soit occupé régulièrement un poste supérieur de chef d'unité durant au moins cinq (5) années,
- soit, géré, régulièrement un programme national de santé,
- soit, suivi, régulièrement, une formation complémentaire d'une durée cumulée égale ou supérieure à six (6) mois,
- soit assuré régulièrement un enseignement supérieur en sciences médicales durant au moins deux (2) années ».

**Article 3** : L'article 66 du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié et complété comme suit :

« Art. 66. – Les praticiens spécialistes chefs d'unités sont nommés parmi :

- 1 – les praticiens spécialistes chefs,
- 2 – les praticiens spécialistes principaux,
- 3 – les praticiens spécialistes assistants, justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité ».

**Article 4** : L'article 68 du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié et complété comme suit :

« Art. 68. – Les médecins du travail inspecteurs sont nommés parmi :

- 1- les médecins spécialistes chefs en médecine du travail,
- 2- les médecins spécialistes principaux en médecine du travail,
- 3- les médecins spécialistes assistants en médecine du travail justifiant de deux (2) années d'exercice effectif en cette qualité ».

**Article 5** : Les dispositions du présent décret ne produisent pas d'effet pécuniaire antérieur à sa date de publication au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Article 6** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 3 Dhou El Hidja 1425 correspondant au 13 janvier 2005.

**Ahmed OUYAHIA**



**Décret exécutif n° 04-08 du 15 Dhou El Kaada 1424 correspondant au 8 janvier 2004 portant institution d'une indemnité de responsabilité au profit des praticiens spécialistes de santé publique.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est institué, au profit des praticiens spécialistes de santé publique occupant les postes supérieurs prévus à l'article 61 du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, une indemnité de responsabilité.

**Article 2** : L'indemnité de responsabilité prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est servie, mensuellement, conformément au tableau ci-après :

POSTES SUPERIEURS	MONTANTS
Chef d'unité pourvu dans les conditions fixées à l'article 66-1 .....	8.000 DA
Chef d'unité pourvu dans les conditions fixées à l'article 66-2.....	4.000 DA
Chef de service pourvu dans les conditions fixées à l'article 67-1 .....	14.000 DA
Chef de service pourvu dans les conditions fixées à l'article 67-2 .....	11.000 DA
Chef de service pourvu dans les conditions fixées à l'article 67-3 et 4 .....	7.000 DA
Médecin du travail inspecteur pourvu dans les conditions fixées à l'article 68.....	4.000 DA

**Article 3** : Les dispositions des *articles 69 bis et 69 ter* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont abrogées.

**Article 4** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2003.

**Article 5** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Dhou El Kaada 1424 correspondant au 8 janvier 2004.

**Ahmed OUYAHIA.**

**Arrêté interministériel du 21 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 2 janvier 2005 fixant les modalités d'organisation des concours sur épreuves pour l'accès aux corps et grades des praticiens médicaux spécialistes de santé publique.**

Le Chef du Gouvernement,

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière;

Vu la loi n° 91-05 du 16 janvier 1991, modifiée et complétée, portant généralisation de l'utilisation de la langue arabe ;

Vu le décret n° 66-145 du 2 juin 1966, modifié et complété, relatif à l'élaboration et à la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires ;

Vu le décret n° 66-146 du 2 juin 1966, modifié et complété, relatif à l'accès aux emplois publics et au reclassement des membres de l'A.L.N et de l'O.C.F.L.N ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n°04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 04-138 du 6 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 26 avril 2004 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales, des wilayas et des communes ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

Vu le décret exécutif n° 94-61 du 25 Ramadhan 1414 correspondant au 7 mars 1994 portant application de l'article 36 de la loi n° 91-16 du 14 septembre 1991 relative au moudjahid et au chahid ;

Vu le décret exécutif n° 95-293 du 5 Joumada El Oula 1416 correspondant au 30 septembre 1995, modifié et complété, relatif aux modalités d'organisation des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 55 quater du décret exécutif n° 91- 106 du 27 avril 1991, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer les modalités d'organisation des concours sur épreuves pour l'accès aux corps et grades des praticiens médicaux spécialistes de santé publique.

**Article 2** : Les concours sur épreuves prévus à l'article 1er ci-dessus sont organisés pour l'accès aux grades suivants :

- praticien spécialiste principal ;
- praticien spécialiste chef.

**Article 3** : L'ouverture des concours sur épreuves cités à l'article 1er ci-dessus est prononcée par arrêté du ministre hargé de la santé, et doit préciser :

le nombre de postes budgétaires ouverts par grade, conformément au plan annuel de gestion des ressources humaines de l'année considérée;

le lieu de dépôt des dossiers de candidatures ;

le centre d'examen ;

les dates d'ouverture et de clôture des inscriptions ;

les conditions statutaires pour la participation au concours sur épreuves.

**Article 4** : L'arrêté prévu à l'article 3 ci-dessus doit faire l'objet d'une publicité sous forme d'avis de presse écrite ou d'affichage interne.

**Article 5** : Le dossier de candidature doit comporter les pièces suivantes :

une demande manuscrite de participation au concours sur épreuves, revêtue de l'avis favorable du directeur de l'établissement ou de l'autorité ayant pouvoir de nomination ;

une copie certifiée conforme de l'arrêté de nomination et de titularisation dans le grade d'origine;

— éventuellement, une copie certifiée conforme à l'original de l'extrait du registre communal de membre de l'A.L.N ou de l'O.C.F.L.N ou d'enfant ou de veuve de chahid.

**Article 6** : La liste des candidats admis à participer au concours sur épreuves est arrêtée par le ministre chargé de la santé.

\* Ladite liste est publiée par voie de presse écrite ou d'affichage.

**Article 7** : Des bonifications sont accordées aux candidats membres de l'A.L.N ou de l'O.C.F.L.N, aux enfants et aux veuves de chahid et ce, conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 8** : Les concours sur épreuves prévus à l'article 1er ci-dessus comportent des épreuves écrites d'admissibilité et une épreuve orale d'admission définitive fixées comme suit :

**I/ Grade de praticien spécialiste principal :**

a/ Epreuves écrites d'admissibilité :

—une épreuve de culture générale portant sur un sujet à caractère politique, économique ou social : durée 3 heures, coefficient 3 ;

—une épreuve à caractère professionnel en rapport avec la spécialité du candidat : durée 4 heures, coefficient 4 ;

—une épreuve portant sur des thèmes scientifiques d'actualité de santé publique : durée 4 heures, coefficient 3 ;

—une épreuve de langue étrangère (français/anglais) : durée 2 heures, coefficient 2 ;

— Toute note inférieure à sept sur vingt (7/20) dans l'une de ces épreuves écrites est éliminatoire.

b/ Epreuve orale d'admission définitive:

— elle consiste en un entretien avec les membres du jury d'examen et porte sur le programme du concours. durée maximale 30 minutes, coefficient 2.

**II/ Grade de praticien spécialiste chef :**

a) Epreuves écrites d'admissibilité :

—une épreuve de culture générale portant sur un sujet à caractère politique, économique ou social : durée 3 heures, coefficient 3 ;

—une épreuve à caractère professionnel en rapport avec la spécialité du candidat : durée 4 heures, coefficient 4 ;

une épreuve portant sur la méthodologie d'élaboration d'un projet de service, d'un plan de prévention ou la conduite d'une expertise médicale, durée 4 heures, coefficient 3 ;

—une épreuve de langue étrangère (français/anglais) : durée 2 heures, coefficient 2 ;

— Toute note inférieure à sept sur vingt (7/20) dans l'une de ces épreuves écrites, est éliminatoire.

b) Epreuve orale d'admission définitive:

— elle consiste en un entretien avec les membres du jury d'examen et porte sur le programme du concours : durée maximale 30 minutes, coefficient 2.

**Article 9** : Seuls les candidats ayant obtenu une moyenne générale égale ou supérieure à 10/20 aux épreuves écrites d'admissibilité et n'ayant pas obtenu de note éliminatoire seront convoqués pour participer à l'épreuve orale.

**Article 10** : La liste des candidats définitivement admis est arrêtée par ordre de mérite, dans la limite des postes ouverts et fixés par le plan de gestion des ressources humaines au titre de l'année considérée, parmi les candidats ayant obtenu une moyenne générale égale ou supérieure à 10/20, sans note éliminatoire, par le jury composé de :

— l'autorité ayant pouvoir de nomination ou son représentant dûment habilité, président ;

— du représentant de l'autorité chargée de la fonction publique, membre

du représentant de la commission paritaire compétente à l'égard du corps ou grade considéré, membre ;

\* Le jury peut faire appel à toute personne, compte tenu de sa spécialité en la matière.

**Article 11** : Les candidats déclarés définitivement admis au concours sont nommés et titularisés à la date de la proclamation des résultats du concours par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 12** : Tout candidat admis et n'ayant pas rejoint son poste au plus tard un mois à compter de la date de notification de son affectation perd le bénéfice de son admission, sauf cas de force majeure dûment justifiée.

**Article 13** : Les candidats devant participer aux concours sur épreuves doivent préalablement remplir toutes les conditions statutaires d'accès aux différents corps et grades spécifiques prévus par le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, susvisé.

**Article 14** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 21 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 2 janvier 2005.

Le ministre de la santé.  
de la population et de la  
réforme hospitalière

**Mourad REDJIMI**

Pour le Chef du Gouvernement,  
*et par délégation*

Le directeur général de la fonction publique  
**Djamel KHARCHI.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu l'ordonnance n°66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu le décret n° 68-326 du 30 mai 1968, portant statut particulier des techniciens paramédicaux ;

Vu le décret n° 68-327 du 30 mai 1968, portant statut particulier des agents paramédicaux spécialisés ;

Vu le décret n° 68-328 du 30 mai 1968, portant statut particulier des agents paramédicaux ;

Vu le décret n° 68-329 du 30 mai 1968, portant statut particulier des aides paramédicaux ;

Vu le décret n° 80-111 du 12 avril 1980, portant statut particulier des professeurs d'enseignement paramédical ;

Vu le décret n° 80-112 du 12 avril 1980, portant statut particulier des techniciens supérieurs de la santé ;

Vu le décret n° 80-113 du 12 avril 1980, portant statut particulier des techniciens de la santé ;

Vu le décret n° 80-114 du 12 avril 1980, portant statut particulier des agents techniques de la santé ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 85-60 du 23 mars 1985, fixant les mesures d'application immédiate du décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-46 du 11 mars 1986 fixant, à titre transitoire, les conditions de recrutement et de gestion des personnels en attendant la publication des statuts particuliers et des textes d'application du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret exécutif n° 89-225 du 5 décembre 1989 portant statut particulier des ouvriers professionnels, conducteurs d'automobiles et appareilleurs.

**Décète :**

## **TITRE I DISPOSITIONS GENERALES Chapitre 1**

### **Champ d'application**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application de l'article 4 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions spécifiques applicables à la filière des paramédicaux appartenant à l'administration chargée de la santé et de fixer la nomenclature ainsi que les conditions d'accès aux postes de travail et emplois correspondants auxdits corps.

**Article 2 :** Sont régis par les dispositions du présent décret les personnels appartenant au corps :

des aides soignants,

des infirmiers,

des masseurs kinésithérapeutes,

des ergothérapeutes,

des aides prothésistes dentaires,

des prothésistes dentaires,

des aides préparateurs en pharmacie,

des préparateurs en pharmacie,

des aides manipulateurs de radiologie,

des manipulateurs de radiologie,

des aides laborantins,

des laborantins,

des agents d'assainissements,

des diététiciens,

des assistantes sociales,

des secrétaires médicales,

des orthoptistes,

des appareilleurs orthopédistes,

des techniciens épidémiologistes,

des professeurs d'enseignement paramédical,

des accoucheuses rurales,

des infirmières brevetées en soins obstétricaux

**Article 3 :** Les personnels paramédicaux régis par le présent statut sont en position d'activité dans les secteurs sanitaires, les établissements hospitaliers spécialisés, dans les CHU et dans les établissements de formation relevant du ministère de la santé.

Ils peuvent être mis en position d'activité dans les établissements ayant des activités similaires à celles des établissements énumérés à l'alinéa précédent et ne relevant pas du ministère de la santé.

A titre exceptionnel, ils peuvent être en position d'activités dans l'administration centrale.

Un arrêté conjoint du Ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique fixera la liste de ces établissements.

## **CHAPITRE II DROITS ET OBLIGATIONS**

**Article 4 :** Les travailleurs régis par les dispositions du présent statut sont soumis aux droits et obligations prévus par le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 sus-visé.

Ils sont en outre, assujettis aux règles précisées par le règlement intérieur spécifique à l'administration qui les emploie.

**Article 5 :** Outre les droits prévus par la législation et la réglementation en vigueur, les personnels paramédicaux bénéficient :

a/ du transport pour les personnels astreint à un travail de nuit ou à une garde.

Les conditions dans lesquelles le transport est assuré, sont déterminées par arrêté conjoint du Ministre chargé de la santé, du Ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

b/ de prestation en matière de cantine dans les structures de santé.

La restauration est gratuite pour le personnel de garde.

c/ de l'habillement pour certaines catégories de personnel dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique ; le port de la tenue est obligatoire pour ce personnel durant l'exercice de ses fonctions.

d/ d'une protection spéciale à l'occasion et durant l'exercice de leur fonction. A cet effet, ils bénéficient du concours des autorités concernées.

**Article 6 :** Les personnels chargés des activités d'enseignement et de formation bénéficient de leurs congés annuels pendant la période des vacances scolaires. Toutefois, ils sont tenus, au cours de ces vacances, de participer :

aux examens et concours,

aux stages de formation comme bénéficiaires ou encadreurs à la demande de leur organisme employeur.

Un arrêté du ministre chargé de la santé précisera les conditions d'application du présent article.

**Article 7 :** Les personnels paramédicaux, quel que soit leur poste de travail et en toute circonstance nécessitant leur concours, sont astreints dans le cadre des missions qui leurs sont dévolues :  
aux gardes réglementaires organisées au sein du service ou de l'établissement,  
à l'exercice de leurs fonctions de jour comme de nuit et le cas échéant au delà de la durée légale de travail.

### Chapitre III

#### Recrutement – période d'essai

**Article 8 :** Nonobstant les dispositions prévues par le présent statut, en application des articles 34 et 35 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les proportions fixées pour les différents modes de recrutement interne peuvent être modifiées par arrêté conjoint de l'administration chargée de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique après avis de la commission du personnel concernée.

Toutefois, ces modifications sont limitées à la moitié, au plus, des taux fixés pour les modes de recrutement par voie d'examen professionnel et de liste d'aptitude, sans que l'ensemble des proportions des recrutements internes ne dépasse le plafond de 50% des postes à pourvoir.

**Article 9 :** Les candidats recrutés dans les conditions du présent statut sont nommés en qualité stagiaires par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

**Article 10 :** En application des dispositions des articles 40 et 41 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les stagiaires sont soumis à une période d'essai renouvelable une fois, le cas échéant et fixée comme suit :

-six (6) mois pour les travailleurs occupant les emplois classés dans les catégories de 10 à 13,

-neuf (9) mois pour les travailleurs occupant les emplois classés dans les catégories de 14 à 20.

La confirmation des travailleurs est subordonnée à leur inscription sur une liste d'aptitude arrêtée sur rapport motivé du responsable hiérarchique et prononcée par un jury dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont fixés conformément à la réglementation en vigueur.

La confirmation est prononcée par décision de l'autorité ayant pouvoir de nomination.

### Chapitre IV

#### Avancement – formation – promotion

**Article 11 :** Les rythmes d'avancement applicables aux personnels paramédicaux sont fixés selon les trois durées et les proportions prévues à l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Toutefois, les titulaires d'emploi présentant un taux élevé de pénibilité ou de nuisance dont la liste est fixée par le décret pris en application des dispositions de l'article 7 de la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983 relative à la retraite, bénéficient des deux rythmes d'avancement selon les durées minimale et moyenne, aux proportions respectives de 6 et 4 sur 10 fonctionnaires conformément aux dispositions de l'article 75 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

**Article 12 :** Les travailleurs confirmés remplissant, à partir de la date de leur recrutement, la condition d'ancienneté exigée pour l'avancement au 1<sup>er</sup> échelon sont promus, nonobstant la procédure d'inscription au tableau d'avancement telle que prévue par l'article 76 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé .

**Article 13 :** L'organisme employeur est tenu :

d'assurer la formation, le perfectionnement et le recyclage des personnels paramédicaux en vue d'une amélioration constante de leur qualification et de leur promotion,

d'assurer l'actualisation de leurs connaissances en vue de l'acquisition de nouvelles compétences techniques et administratives liées aux besoins du secteur de la santé et aux exigences de la médecine moderne.

Les conditions d'organisation de la formation seront fixées par arrêté du Ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 14 :** Sous réserve des dispositions de l'article 124 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé les personnels paramédicaux confirmés remplissant à partir de la date de leur recrutement la condition d'ancienneté exigée pour l'avancement au 1<sup>er</sup> échelon sont promus nonobstant la procédure d'inscription au tableau d'avancement tel que prévu par l'article 76 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

### Chapitre V

#### Dispositions générales d'intégration

**Article 15 :** Pour la constitution initiale des corps institués par le présent décret, il est procédé à l'intégration, à la confirmation et au reclassement des fonctionnaires titulaires et stagiaires confirmés en application du décret n° 86-46 du 11 mars 1986 susvisé et des travailleurs stagiaires dans les conditions fixées par les dispositions des articles 137 à 145 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé et les dispositions du présent décret.

**Article 16 :** Les fonctionnaires titulaires en application de la réglementation qui leur est applicable ou confirmés en application du décret n°85-59 du 23 mars 1985 sus-visé , sont intégrés , confirmés et rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détenaient dans les corps d'origine , tout droit à l'avancement pris en compte .

Le reliquat d'ancienneté dégage dans le corps d'origine est utilisé pour l'avancement dans le corps d'accueil.

**Article 17 :** Les travailleurs non confirmés à la date d'effet du présent statut sont intégrés en qualité de stagiaires et confirmés, si leur matière de servir est jugée satisfaisante dès qu'ils ont accompli la période d'essai réglementaire prévue par le corps d'accueil.

Ils conservent une ancienneté égale à la durée des services qu'ils ont accomplis à compter de la date de leur recrutement, cette ancienneté est utilisable pour l'avancement d'échelon dans leur nouvelle catégorie et section de classement.

**Article 18 :** A titre transitoire et pendant une période de cinq (05) ans, à compter de la date d'effet du présent statut, l'ancienneté exigée pour la promotion à un garde ou à un poste supérieur des fonctionnaires intégrés dans les grades autres que ceux correspondants aux corps précédemment créés en application de l'ordonnance n°66-133 du 2 juin 1966 susvisée, est appréciée cumulativement au titre du garde d'origine et du grade d'intégration.

**Article 19 :** Les décisions portant confirmation, promotion, mouvement et cessation de fonction des travailleurs régis par le présent statut, font l'objet d'une publication par voie d'insertion au bulletin officiel de l'administration chargée de la santé.

Ces décisions sont, dans tous les cas, notifiées aux intéressés

## TITRE II

### DISPOSITIONS APPLICABLES AUX PERSONNELS INFIRMIERS

#### Chapitre I

#### CORPS DES AIDES-SOIGNANTS

**Article 20 :** Le corps des aides soignants est organisé en un grade unique :  
le grade d'aide soignant

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 21 :** Les aides soignant sont chargés sous la conduite du responsable hiérarchique de l'exécution des soins infirmiers simples, l'hygiène corporelle des malades, des tâches inhérentes à l'hôtellerie, au confort du malade et à l'hygiène hospitalière, ils participent à l'entretien et au rangement du matériel utilisé dans les services sanitaires.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement

**Article 22 :** Les aides soignant sont recrutés, sur titre, parmi les candidats justifiant de la 1<sup>er</sup> année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de 2<sup>ème</sup> année dans des écoles paramédicales ou d'autres établissements de formation spécialisés dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction Publique ;

#### Section 3

## **Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 23 :** Sous réserve des dispositions des articles 23 et 24 ci-dessous, sont intégrés dans le grade d'aide soignant, les agents techniques de la santé, titulaires et stagiaires et les aides soignants recrutés dans les conditions prévues par le décret n° 68-329 du 30 mai 1968 sus-visé.

**Article 24 :** Les agents techniques de la santé, de la filière \*Ambulancier\* sont versés, sur leur demande, dans le corps des conducteurs automobiles prévu par le décret n° 89-225 du 05 décembre 1989 susvisé.

**Article 25 :** Les agents techniques de la santé de la filière entretien et les aides paramédicaux recrutés dans les conditions prévues par le décret n° 68-329 du 30 mai 1968 susvisé sont intégrés dans le corps des ouvriers professionnels prévu par le décret n° 89-225 du 5 décembre 1989 susvisé.

### **Chapitre II Corps des infirmiers**

**Article 26 :** Le corps des infirmiers comprend trois grades :  
le grade d'infirmier breveté  
le grade d'infirmier diplômé d'Etat  
le grade d'infirmier principal

#### **Section 1 Définition des tâches**

**Article 27 :** Les infirmiers brevetés sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'assurer les prescriptions médicales et les soins de base. Ils veillent à l'hygiène et à l'entretien et au rangement du matériel.

**Article 28 :** Les infirmiers diplômés d'Etat sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique et conformément au programme de formation d'assurer les prescriptions et les soins polyvalents. Ils sont chargés en particulier, de reconnaître les méthodes de diagnostic, participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre, favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnels dans le cadre de vie habituelle ou nouveau, proposer, organiser, participer ou collaborer à des actions de prévention et d'éducation en matière de santé individuelle et collective, de participer à l'encadrement et à la formation des personnels paramédicaux.

**Article 29 :** Outre les tâches prévues à l'article 27 ci-dessus, les infirmiers principaux sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique et conformément à leur programme et à leur spécialité respectives, d'assurer les soins complexes et spécialisés et d'exécuter les prescriptions médicales nécessitant une haute qualification.

Ils participent à la formation des personnels paramédicaux.

#### **Section 2 Conditions de recrutement**

**Article 30 :** Les infirmiers brevetés sont recrutés :

1) sur titre parmi les candidats justifiant de la 3ème année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles de formation paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisés dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

- peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les Aides soignants affectés aux tâches de soins justifiant de trois années d'exercice effectif en cette qualité.

par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les aides soignants affectés aux tâches de soins justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les aides soignants affectés aux tâches de soins justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 31 :** Les infirmiers diplômés d'Etat sont recrutés :

sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de 3 années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé Publique ou d'autres établissements de Formation Spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

- peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les infirmiers brevetés justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité.

par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les infirmiers brevetés justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les infirmiers brevetés justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 32 :** Les infirmiers principaux sont recrutés :

par voie d'examen professionnel ouvert aux infirmiers diplômés d'Etat justifiant de cinq années (5) d'ancienneté en cette qualité ;

au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les infirmiers diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

#### **Section 3 Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 33 :** Sont intégrés dans le grade des infirmiers brevetés :

Les techniciens de la santé de options \*soins infirmiers généraux\* titulaires et stagiaires,

**Article 34 :** Sont intégrés dans le grade des infirmiers diplômés d'Etat :

-Les techniciens supérieurs de la santé de la filière \*soins infirmiers\* titulaires et stagiaires,

**Article 35 :** Sont intégrés dans le grade des infirmiers principaux :

-Les techniciens supérieurs de la santé de la filière \*soins infirmiers\* justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins 6 mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel,

**Article 36 :** Le corps des infirmiers est organisé en filières spécialisées dont la liste et nomenclature des tâches respectives sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

### **Chapitre III Les postes supérieurs.**

**Article 37 :** Par application des articles 9 et 10 du décret n°85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs des corps infirmiers est fixée comme suit :

infirmiers chefs d'équipes  
surveillant des services médicaux,  
surveillant chef des services médicaux,  
coordonnateur des activités paramédicales,



## Section 1 Définition des tâches

**Article 38 :** Les infirmiers chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de coordonner et de contrôler le travail d'une équipe paramédicale composée de 4 à 10 membres. Ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition et leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

**Article 39 :** Les surveillants des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien chef de service et du surveillant chef des services médicaux, de l'organisation et de la réparation du travail des personnels. Ils veillent à l'exécution des prescriptions médicales.

A ce titre, ils organisent les visites médicales, y préparent les malades et veillent à alimenter l'unité en matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

Ils sont responsables de la surveillance des régimes alimentaires, de l'hygiène et du confort des malades ainsi que de la propreté et de l'hygiène des locaux.

Ils assurent, en outre, l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

Ils peuvent être appelés à assurer la responsabilité d'une polyclinique, ou d'un centre de santé comportant plusieurs activités médicales ou d'un sous secteur sanitaire, sous l'autorité du responsable médical, chef de structure.

**Article 40 :** Les surveillants chefs des services médicaux sont chargés sous l'autorité du praticien chef de service d'organiser, de diriger, de coordonner et de contrôler le travail des équipes paramédicales du service.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle du matériel, à sa maintenance et à sa préservation, ils surveillent et organisent l'encadrement des élèves paramédicaux.

Ils veillent à la qualité des soins paramédicaux, à la l'accueil et au confort du malade.

**Article 41 :** Les coordinateurs des activités des personnels paramédicales sont chargés notamment de :

- organiser, coordonner et évaluer les activités des personnels paramédicaux,

veiller à la qualité des actes paramédicaux, de l'accueil du malade et de son confort, à l'hygiène hospitalière et leur promotion et développement,

participer à l'étude des problèmes relatifs à l'adaptation des techniques nouvelles, en collaboration avec les chefs des services et les surveillants des services médicaux

participer à l'enseignement, à la recherche en soins paramédicaux et au respect de l'éthique de la profession paramédicale,

rechercher régulièrement les possibilités d'amélioration des conditions de travail des personnels paramédicaux,

favoriser l'établissement de bonnes relations de travail entre l'administration, le corps médical et les personnels paramédicaux,

entreprendre toute enquête ou inspection des activités paramédicales,

effectuer toute expertise dans le domaine des activités paramédicales.

## Section 2 Conditions de nomination

**Article 42 :** Les infirmiers chefs équipe sont nommés parmi :

Les infirmiers diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,

Les infirmiers brevetés justifiant de sept (7) années d'ancienneté en cette qualité

**Article 43 :** Les surveillants des services médicaux sont nommés parmi :

Les infirmiers diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité

Les infirmiers chefs d'équipe justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité

Les infirmiers principaux justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 44 :** Les surveillants chefs des services médicaux sont nommés parmi :

Les surveillants des services médicaux justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité

Les infirmiers principaux justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en qualité

Les infirmiers diplômés d'Etat justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité ou de quinze (15) années en qualité d'infirmier breveté.

**Article 45 :** Les coordinateurs des activités paramédicales sont nommés parmi :

Les surveillants chefs des services médicaux justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,

Les paramédicaux principaux justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,

Les surveillants des services médicaux justifiant de huit (8) années d'exercice effectifs en cette qualité.

## TITRE III DISPOSITIONS APPLICABLES AUX CORPS DES ENSEIGNANTS PARAMEDICAUX

### Chapitre I

#### Corps des professeurs d'enseignement paramédical

**Article 46 :** Le corps des professeurs d'enseignement paramédical comprend deux grades :

- le grade des professeurs d'enseignement paramédical du 1<sup>er</sup> degré
- le grade des professeurs d'enseignement paramédical du 2<sup>e</sup> degré

## Section 1 Définition des tâches

**Article 47 :** Les professeurs d'enseignement paramédical du 1<sup>er</sup> degré sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, de la formation des personnels paramédicaux.

A ce titre, ils assurent notamment selon l'option d'enseignement tel que déterminé par le programme de formation notamment les tâches suivantes :

enseignement théorique,

organisation et encadrement des stages pratiques, des travaux dirigés et des travaux pratiques,

participation à l'élaboration des programmes de formation et aux travaux tendant à améliorer les techniques de soins, de prévention et de réadaptations ainsi qu'aux travaux de jurys d'examens, de concours et des comités pédagogiques.

Ils peuvent être appelés à participer et à organiser des séminaires, conférences et toutes activités pédagogiques s'inscrivant dans le cadre de la formation et / ou du perfectionnement des personnels de santé et aux actions de santé et d'éducation sanitaire.

Ils assurent un volume horaire de 20 à 30 heures par semaine.

Un arrêté du ministre chargé de la santé précisera les conditions d'application du présent article.

**Article 48 :** Les professeurs d'enseignement paramédical du second degré sont chargés d'assurer une formation paramédicale de niveau supérieur.

A ce titre, ils assurent les enseignements théoriques, organisent les examens et concours, participent à la conception des programmes de formation paramédicale et à la recherche et réalisent les études, encadrent les stages et les mémoires et participent aux jurys de délibération

Ils peuvent être appelés à participer, à organiser des séminaires, conférences et toutes autres activités pédagogique s'inscrivant dans le cadre de la formation et / ou du perfectionnement des personnels de santé et aux actions de santé et d'éducation sanitaire.

Ils assurent un volume hebdomadaire de 20 heures.

## Section 2 Conditions de recrutement

**Article 49 :** Les professeurs d'enseignement paramédical du 1<sup>er</sup> degré sont recrutés sur titre parmi les professeurs d'enseignement paramédical issue des institut de technologie de la santé publique ou d'autre établissement de formation spécialisé dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique

Les professeurs d'enseignement paramédical recruté au titre de l'alinéa précédent, doivent justifier au moins de (3) trois années d'exercice en qualité de paramédical diplômé d'Etat et avoir une formation spécialisée de (4) quatre semestres.

**Article 50 :** Les professeurs d'enseignement paramédical recruté dans les conditions prévues à l'article ci-dessus sont nommés en qualité de stagiaire par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

Ils effectuent un stage d'une (1) année.

**Article 51 :** Le corps des professeurs d'enseignement paramédical est organisé en filières.

La liste des filières des professeurs d'enseignement paramédical est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 52 :** Les professeurs d'enseignement paramédical du 2eme degré sont recrutés :

Par voie de concours sur titre ouvert aux professeurs d'enseignement paramédical du 1<sup>er</sup> degré justifiant de cinq (5) années d'enseignement paramédical et ayant suivi une formation spécialisée d'au moins une année.

### Section 3

#### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 53 :** Sont intégrés dans le grade des professeurs d'enseignement paramédical du 1<sup>er</sup> degré les professeurs d'enseignement paramédical titulaires et après examen professionnel

## Chapitre II

### Les postes supérieurs

**Article 54 :** Par application des articles 9 et 10 du décret n°85-59du 23 mars 1985 sus visé, la liste des emplois supérieurs du corps des professeurs d'enseignement paramédical est fixée comme suit :

chef d'option

directeur des études et des stages

directeur d'annexe de formation paramédicale

directeur d'établissement de formation paramédicale

### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 55 :** Les professeurs d'enseignement paramédical chefs d'option sont chargés, outre les tâches prévues à l'article 46 du présent décret, de la coordination des enseignements théoriques et pratiques assurés dans leur option de formation paramédicale.

A ce titre, ils assurent les tâches administratives et pédagogiques de l'option, coordonnent le travail de tous les enseignants de l'option.

Ils participent à la planification des enseignements et des évaluations.

**Article 56 :** Les directeurs des études et des stages sont chargés, sous l'autorité du directeur de l'établissement de formation paramédicale :

de la planification des enseignements théoriques et pratiques,

de la coordination des activités des options,

de l'application, du suivi et de l'évaluation des programmes de formation,

de participer au perfectionnement des professeurs d'enseignement paramédical,

de l'exécution des décisions des conseils délibérants,

de l'organisation des examens et concours,

de la préparation des bilans des activités pédagogiques,

de la promotion des activités socio-culturelles et sportives au sein de l'établissement,

**Article 57 :** Le directeur d'annexe de formation paramédicale assure la gestion administrative et pédagogique d'une structure de formation paramédicale.

Il assure la coordination des différents services de la structure de formation et veille à l'organisation de la formation.

**Article 58 :** Le directeur d'établissement paramédical assure la gestion et le bon fonctionnement de l'établissement.

il veille à l'exécution des programmes de formation.

### Section 2

#### Conditions de nomination

**Article 59 :** Les professeurs d'enseignement paramédical chefs d'options sont nommés parmi :

les professeurs d'enseignement paramédical du 2eme degré titulaires.

les professeurs d'enseignement paramédical 1<sup>er</sup> degré justifiant de (5) cinq années d'enseignement paramédical.

**Article 60 :** Les directeurs des études et des stages sont nommés parmi :

les professeurs d'enseignement paramédical chefs d'option justifiant de (2) deux années d'exercice en cette qualité.

les professeurs d'enseignement paramédical du 2eme degré justifiant de (3) trois années d'exercice en cette qualité.

**Article 61 :** Les directeurs des annexes de formation paramédicale sont nommés parmi :

les professeurs d'enseignement paramédical chefs d'option justifiant de (2) deux années d'exercice en cette qualité.

les professeurs d'enseignement paramédical du 2eme degré justifiant de (3) trois années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 62 :** Les directeurs des établissements de formation paramédicale sont nommés parmi :

1- les professeurs d'enseignement paramédical du 2eme degré justifiant de (5) cinq années d'ancienneté en cette qualité.

2- les directeurs des études et des stages justifiant de (4) quatre années d'exercice en cette qualité.

les professeurs d'enseignement paramédical chefs d'option justifiant de (6) six années d'exercice en cette qualité.

Les directeurs d'annexe d'école de formation paramédicale justifiant de (4) quatre années d'exercice en cette qualité.

### Section 3

#### Dispositions transitoires

**Article 63 :** Sont nommés à l'emploi supérieur de professeur d'enseignement paramédical chef d'option, les professeurs d'enseignement paramédical justifiant de cinq (5) années d'enseignement paramédical dont (2) deux au moins, aux fonctions de chefs d'option.

**Article 64 :** Sont nommés à l'emploi supérieur de directeur des études et des stages, les professeurs d'enseignement paramédical justifiant de cinq (5) années d'exercice en cette qualité dont trois au moins dans les fonctions de directeur des études et des stages.

**Article 65 :** Sont nommés à l'emploi supérieur de directeur d'annexe de formation paramédicale les professeurs d'enseignement paramédical justifiant de six (6) années d'enseignement paramédical dont trois (3) au moins dans les fonctions de directeur d'annexe de formation paramédicale.

**Article 66 :** Sont nommés à l'emploi supérieur de directeur d'établissement de formation paramédicale les professeurs d'enseignement paramédical I justifiant de huit (8) années d'enseignement paramédical dont trois au mois dans les fonctions de directeur d'établissement de formation paramédicale.

## TITRE IV

### DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNEL ERGOTHERAPEUTE

#### Chapitre I

##### Corps des ergothérapeutes

**Article 67 :** Le corps des ergothérapeutes comprend deux grades :

le grade des ergothérapeutes diplômés d'Etat,

le grade des ergothérapeutes principaux.

### Section 1

#### Définition des tâches



**Article 68 :** Les ergothérapeutes diplômés d'Etat sont chargés, sous l'autorité du chef hiérarchique et conformément au programme de formation de :

l'application des prescriptions médicales et réadaptation par le travail ;

la réduction des incapacités par l'application de techniques particulières spécifiques aux types d'affection.

**Article 69 :** – Outre les tâches figurant à l'article 68 ci-dessus, les ergothérapeutes principaux sont chargés, sous la conduite du responsable hiérarchique, d'assurer les actes relevant de leurs compétences et d'exécuter les prescriptions médicales nécessitant une haute qualification. Ils sont chargés en outre, de la conception et de la confection d'aides techniques nécessaires à la récupération de l'indépendance (orthèses, prothèses, béquilles et autres appareils.....).

Ils participent à la formation du personnel paramédical.

## **Section 2**

### **Conditions de recrutement**

**Article 70 :** Les ergothérapeutes diplômés d'Etat sont recrutés :

Sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de 3 années dans les écoles paramédicales, des instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 71 :** Les ergothérapeutes principaux sont recrutés :

par voie d'examen professionnel ouvert aux ergothérapeutes diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ; au choix dans la limite de 10 % des postes à pourvoir parmi les ergothérapeutes diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

## **Section 3**

### **Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 72 :** Sont intégrés dans le grade des ergothérapeutes diplômés d'Etat ; les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*ergothérapie\* titulaires et stagiaires.

**Article 73 :** Sont intégrés dans le grade des ergothérapeutes principaux :

les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*ergothérapie\* justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins six (6) mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

## **Chapitre II**

### **Les postes supérieurs**

**Article 74 :** Par application des articles 9 et 10 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs du corps des ergothérapeutes est fixée comme suit :

ergothérapeutes chefs d'équipes

ergothérapeutes surveillant des services médicaux.

## **Section 1**

### **Définition des tâches**

**Article 75 :** Les ergothérapeutes chefs d'équipes sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de coordonner et de contrôler le travail d'une équipe paramédicale composée de 4 à 6 membres.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition et à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

**Article 76 :** Les ergothérapeutes surveillants des services médicaux sont chargés sous l'autorité du praticien médical chef d'unité et du surveillant médical chef d'unité, éventuellement, de l'organisation et de l'évaluation du travail du personnel affectés dans leurs unités. ils veillent à l'exécution des prescriptions médicales.

ils veillent à alimenter l'unité en matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

ils sont responsables de l'hygiène et du confort des malades ainsi que de la propreté et de l'hygiène des locaux.

ils assurent, en outre, l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

## **Section 1**

### **Conditions de nomination**

**Article 77 :** Les ergothérapeutes chefs d'équipes sont nommés parmi :

Les ergothérapeutes diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 78 :** Les ergothérapeutes surveillants des services médicaux sont nommés parmi :

les ergothérapeutes diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,

les ergothérapeutes chef d'équipe justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,

les ergothérapeutes principaux justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.

## **TITRE V**

### **DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNEL DIETETICIEN**

#### **Corps des diététiciens**

**Article 79 :** Le corps des diététiciens comprend trois grades

le grade de diététicien breveté

le grade de diététicien diplômé d'Etat

le grade diététicien principal.

## **SECTION 1**

### **DEFINITION DES TACHES**

**Article 80 :** Les diététiciens brevetés sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'aider les diététiciens diplômés d'Etat et les diététiciens principaux dans l'exécution de leurs tâches, conformément à leur programme de formation.

**Article 81 :** Les diététiciens diplômés d'Etat sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique et conformément au programme de formation

d'organiser et de conseiller des régimes de diététique, de correction et de réparation ou d'entretien.

ils participent à l'éducation nutritionnelle de la population et à la prévention des maladies nutritionnelles.

**Article 82 :** Outre les tâches figurant à l'article 81 ci-dessus, les diététiciens principaux sont chargés, sous la conduite du responsable hiérarchique, d'organiser et de superviser des campagnes de nutrition et de mener des enquêtes nutritionnelles.

Ils sont chargés, en outre, de participer à la formation du personnel paramédical.

## **Section 2**

### **Conditions de recrutement**

**Article 83 :** Les diététiciens brevetés sont recrutés sur titre parmi les candidats justifiant de la 3ème année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles paramédicales, des instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 84 :** Les diététiciens diplômés d'Etat sont recrutés :  
sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois années dans les écoles paramédicales, des instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;  
Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les diététiciens brevetés justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité ;  
par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les diététiciens brevetés justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;  
au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les diététiciens brevetés justifiant de dix (10) années d'ancienneté et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 85 :** Les diététiciens principaux sont recrutés :  
par voie d'examen professionnel ouvert aux diététiciens diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;  
au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les diététiciens diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

### Section 3

#### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 86 :** Sont intégrés dans le grade des diététiciens brevetés :  
Les techniciens de la santé de l'option nutrition et diététique\* titulaires et stagiaires.

**Article 87 :** Sont intégrés dans le grade des diététiciens diplômés d'Etat :  
Les techniciens supérieurs de la santé de l'option nutrition et diététique\* titulaires et stagiaires.

**Article 88 :** Sont intégrés dans le grade des diététiciens principaux  
Les techniciens supérieurs de la santé de l'option nutrition et diététique\* justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins 6 mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

### Chapitre II

#### Les postes supérieurs

**Article 89 :** Par application des articles 9 et 10 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le corps des diététiciens comprend un (1) poste supérieur :

- diététicien chef d'équipe

### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 90 :** Les diététiciens chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de coordonner et de contrôler le travail d'une équipe paramédicale composée de 4 à 10 membres.

Il est responsable de la surveillance des régimes alimentaires des malades

Il veille à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition et à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

### Section 2

#### Conditions de recrutement

**Article 91 :** Les diététiciens chefs d'équipe sont nommés parmi :  
- les diététiciens diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,  
- les diététiciens brevetés justifiant de sept (7) années d'ancienneté en cette qualité.

## TITRE VI

### DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNEL DES ASSISTANTES SOCIALES

#### Chapitre I

##### Corps des assistantes sociales

**Article 92 :** Le corps des assistantes sociales comprend trois grades :

- le grade d'assistante sociale brevetée
- le grade d'assistante sociale diplômée d'Etat
- le grade d'assistante sociale principale.

### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 93 :** Les assistantes sociales brevetées sont chargées sous l'autorité du responsable hiérarchique d'aider les assistantes sociales dans l'exécution de leurs tâches.

Elles sont chargées de dispenser l'aide médico-sociale dans les établissements et unités sanitaires.

Elles établissent les liaisons nécessaires avec les organismes publics et privés.

**Article 94 :** Les assistantes sociales diplômées d'Etat sont chargées, sous l'autorité du responsable hiérarchique et conformément au programme de formation :

d'assurer un rôle médico-social,  
des relations avec la population dont elle a la charge,  
d'appliquer aux cas individuels les dispositions des lois sociales d'assistance, de prévoyance et de protection sociale,  
de veiller à la meilleure adaptation possible de l'individu dans le milieu social dans lequel il vit,  
de veiller à l'assistance et à la protection sociale des travailleurs et de leur famille,  
de veiller à l'assistance et à la protection de l'enfance abandonnée, de l'enfance délinquante.  
elles assistent les individus et les familles à résoudre leurs problèmes d'équilibre ressentis .  
elle interviennent dans les 3 domaines suivants :

aide matérielle,  
tâches de réinsertion,  
aide psychologique.

**Article 95 :** Outre les tâches prévues à l'article 97 ci-dessus, les assistantes sociales principales sont chargées, conformément à leur programme de formation d'assurer les enquêtes, les inspections, des études et des recherches dans le domaine médico-social.

Elles interviennent dans la prise en charge des situations sociales de caractère complexe.

Elles participent à la formation des personnels paramédicaux.

### Section 2

#### Conditions de recrutement

**Article 96 :** Les assistantes sociales brevetées sont recrutées sur titre parmi les candidates justifiant de la 3ème année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 97 :** Les assistantes sociales diplômées d'Etat sont recrutées :  
sur titre, parmi les candidates titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;  
Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les assistantes sociales brevetées justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité ;  
par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les assistantes sociales brevetées justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;  
au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les assistantes sociales brevetées justifiant de dix (10) années d'ancienneté et inscrites sur une liste d'aptitude.

**Article 98 :** Les assistantes sociales principales sont recrutées :  
par voie d'examen professionnel ouvert aux assistantes sociales diplômées d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;  
au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les assistantes sociales diplômées d'Etat justifiant de dix (10) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

### **Section 3** **Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 99 :** Sont intégrées dans le grade des assistantes sociales brevetées :

Les techniciennes de la santé de l'option assistance sociale\* titulaires et stagiaires.

**Article 100 :** Sont intégrées dans le grade des assistantes sociales diplômées d'Etat :

Les techniciennes supérieures de la santé de l'option assistance sociale\* titulaires et stagiaires.

**Article 101 :** Sont intégrées dans le grade des assistantes sociales principales

Les techniciennes supérieures de la santé de l'option assistance sociale\* justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins (6) mois et inscrites sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

### **Chapitre II** **Les postes supérieurs**

**Article 102 :** Par application des articles 9 et 10 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le corps des assistantes sociales comprend un poste supérieur :

- assistante sociale chef d'équipe,

### **Section 1** **Définition des tâches**

**Article 103 :** Les assistantes sociales chefs d'équipe sont chargées, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de coordonner et de contrôler le travail d'une équipe paramédicale composée de 4 à 10 membres.  
Elles veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition et à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

### **Section 2** **Conditions de nomination**

**Article 104 :** Les assistantes sociales chefs d'équipe sont nommées parmi :

- les assistantes sociales diplômées d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,
- les assistantes sociales brevetées justifiant de sept (7) années d'ancienneté en cette qualité.

## **TITRE VII** **DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNEL SECRETAIRE MEDICAL**

### **Chapitre I** **Corps des secrétaires médicaux**

**Article 105 :** Le corps des secrétaires médicaux comprend trois grades :

- le grade de secrétaire médical breveté
- le grade de secrétaire médical diplômé d'Etat
- le grade de secrétaire médical principal.

### **Section 1** **Définition des tâches**

**Article 106 :** Les secrétaires médicaux brevetés sont chargés de seconder le médecin dans la constitution et la tenue des dossiers médicaux, de lui faciliter les relations avec l'extérieur (accueil, prise de rendez-vous...) et les équipes médico-sociales, les malades et les familles.

Ils exécutent les tâches du secrétariat courant.

Ils enregistrent et mettent à jour les informations indispensables à la marche de la structure.

**Article 107 :** Les secrétaires médicaux diplômés d'Etat sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique et conformément au programme de formation, de l'organisation et la gestion des dossiers relatifs aux malades et au service.

Ils assurent la responsabilité et la tenue du secrétariat du responsable médical chef d'unité.

**Article 108 :** Outre les tâches prévues à l'article 107 ci-dessus, les secrétaires médicaux principaux sont chargés, de seconder le praticien médical chef de service dans la constitution et la tenue des dossiers médicaux nécessitant des qualifications particulières.

Ils assurent en outre, la tenue du secrétariat du praticien médical chef de service.

Ils participent à la formation du personnel paramédical.

### **Section 2** **Conditions de recrutement**

**Article 109 :** Les secrétaires médicaux brevetés sont recrutés sur titre parmi les candidats justifiant de la 3ème année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 110 :** Les secrétaires médicaux diplômés d'Etat sont recrutés :

1 - sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois années dans les écoles paramédicales, des instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les secrétaires médicaux brevetés justifiant de trois (3) années effectif en cette qualité ;

2 - par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les secrétaires médicaux brevetés justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

- au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les secrétaires médicaux brevetés justifiant de dix (10) années d'ancienneté et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 111 :** Les secrétaires médicaux principaux sont recrutés :  
par voie d'examen professionnel ouvert aux secrétaires médicaux diplômés d'Etat justifiant de 5 années d'ancienneté en cette qualité ;  
au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les secrétaires médicaux diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années  
d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

### Section 3

#### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 112 :** Sont intégrés dans le grade des secrétaires médicaux brevetés :

Les techniciens de la santé de l'option secrétariat médical\* titulaires et stagiaires.

**Article 113 :** Sont intégrées dans le grade des secrétaires médicaux diplômés d'Etat :

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option secrétariat médical\* titulaires et stagiaires.

**Article 114 :** Sont intégrés dans le grade des secrétaires médicaux principaux

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option secrétariat médical\* justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant  
suivi une formation complémentaire d'au moins 6 mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

## TITRE VIII

### DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNEL DES APPAREILLEUR ORTHOPEDISTE

#### Chapitre I

##### Corps des appareilleurs orthoptistes

**Article 115 :** Le corps des appareilleurs orthopédistes comprend les grades suivant :

- les appareilleurs orthopédistes diplômés d'Etat
- les appareilleurs orthopédistes principaux.

### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 116 :** Les appareilleurs orthopédistes diplômés d'Etat sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique et conformément  
au programme de formation, de la confection des prothèses et orthèses dans le cadre de la prise en charge des pathologies  
traumatologiques, neurologiques et congénitales.

Ils exécutent des prothèses provisoires nécessaires au réentraînement et à l'apprentissage de l'équilibre de la marche et des gestes de  
la vie quotidienne.

Ils sont chargés en outre, de l'exécution des prothèses définitives que nécessite la réinsertion socioprofessionnelle adaptées aux types  
d'atteintes.

**Article 117 :** Outre les tâches figurant à l'article 116 ci-dessus, les appareilleurs orthopédistes principaux sont chargés, sous la conduite  
du responsable hiérarchique, de la conception notamment des prothèses et orthèses diverses et adaptées, de la confection des  
corsets..., la conception et la confection de semelles et chaussures orthopédiques nécessaires aux diverses atteintes.

Ils participent à la formation du personnel paramédical.

### Section 2

#### Conditions de recrutement

**Article 118 :** Les appareilleurs orthopédistes diplômés d'Etat sont recrutés :

sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois  
années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation  
spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 119 :** Les appareilleurs orthopédistes principaux sont recrutés :

- par voie d'examen professionnel ouvert aux appareilleurs orthopédistes diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en  
cette qualité ;

au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les appareilleurs orthopédistes diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années  
d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

### Section 3

#### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 120 :** Sont intégrés dans le grade des appareilleurs orthopédistes diplômés d'Etat :

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option appareillage orthopédique\* titulaires et stagiaires.

**Article 121 :** Sont intégrées dans le grade des appareilleurs orthopédistes principaux :

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option appareillage orthopédique\* justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette  
qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins 6 mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du  
personnel.

## Chapitre II

### Les postes supérieurs

**Article 122 :** Par application des articles 9 et 10 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs du corps des  
appareilleurs orthopédistes est fixée comme suit :

- appareilleurs orthopédistes chefs d'équipe,
- appareilleurs orthopédistes chef d'atelier.

### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 123 :** Les appareilleurs orthopédistes chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de  
programmer, et de contrôler le travail d'une équipe d'appareilleurs orthopédistes composée de 4 à 10 membres.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition et à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte  
des tâches confiées.

**Article 124 :** Les appareilleurs orthopédistes chef d'ateliers sont chargés, sous l'autorité du praticien médical chef de service, de  
l'organisation, de l'évaluation et du contrôle du travail du personnel affectés dans leurs unités.

Ils veillent à l'exécution des prescriptions médicales.

Ils veillent à alimenter l'unité en matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

Ils sont responsables de la propreté et de l'hygiène des locaux ainsi que de la préservation des outils et équipements de travail confiés.

Ils assurent en outre, l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

### Section 2

#### Conditions de nomination

**Article 125 :** Les appareilleurs orthopédistes chefs d'équipe sont nommés parmi :

les appareilleurs orthopédistes diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,

**Article 126 :** Les appareilleurs orthopédistes chef d'ateliers sont nommés parmi :

- les appareilleurs orthopédistes diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,
- les appareilleurs orthopédistes chef d'équipe justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,
- les appareilleurs orthopédistes principaux justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.

## TITRE IX DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNEL DES AGENTS D'ASSAINISSEMENT Chapitre 1

### Corps des agents d'assainissement

**Article 127 :** Le corps des agents d'assainissement comprend trois grades :

- le grade des agents d'assainissement breveté
- le grade des agents d'assainissement diplômés d'Etat
- le grade des agents d'assainissement principaux.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 128 :** Les agents d'assainissement brevetés sont chargés sous la conduite du responsable hiérarchique de participer à l'identification et à la surveillance des sources de nuisances physiques, cliniques et biologiques.

Ils participent à l'organisation et à la coordination des activités d'assainissement en cas d'épidémie ou de calamité naturelle.

Ils procèdent aux prélèvements des produits de consommation aux fins d'analyses.

**Article 129 :** Les agents d'assainissement diplômés d'Etat sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique d'assurer des actes hautement qualifiés dans les domaines de la lutte antivectorielle, contre les maladies transmissibles, l'assainissement de l'environnement et de l'hygiène publique.

Ils participent également à la surveillance sanitaire aux frontières.

**Article 130 :** Outre les tâches figurant à l'article 129 ci-dessus, les agents d'assainissement principaux sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, de participer aux programmes d'éducation sanitaire de la population, de collaborer à la surveillance sanitaire aux frontières, d'inspecter les établissements classés et procéder aux enquêtes commodes et incommodes.

Ils participent à l'amélioration des procédés d'assainissement et de lutte contre les vecteurs. Ils participent à la formation du personnel paramédical.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement

**Article 131 :** Les agents d'assainissement brevetés sont recrutés sur titre parmi les candidats justifiant de la 3ème année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 132 :** Les agents d'assainissement diplômés d'Etat sont recrutés :

1 - sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois années dans les écoles paramédicales, des instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les agents d'assainissement brevetés justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité ;

2-par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les agents d'assainissement brevetés justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

3-au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les agents d'assainissement brevetés justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 133 :** Les agents d'assainissements principaux sont recrutés :

1- par voie d'examen professionnel ouvert aux agents d'assainissement diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

2-au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les agents d'assainissement diplômés d'Etat justifiant de 10 années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 134 :** Sont intégrés dans le grade des agents d'assainissement brevetés :

Les techniciens de la santé de la filière \*hygiène et prévention\* titulaires et stagiaires.

**Article 135 :** Sont intégrées dans le grade des agents d'assainissement diplômés d'Etat :

Les techniciens supérieurs de la santé de la filière \*hygiène et prévention\* titulaires et stagiaires.

**Article 136 :** Sont intégrés dans le grade des agents d'assainissement principaux

Les techniciens supérieurs de la santé de la filière \*hygiène et prévention\* justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins 6 mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

#### Chapitre II

##### Les postes supérieurs

**Article 137 :** Par application des articles 9 et 10 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs du corps des agents d'assainissement est fixée comme suit :

- agent d'assainissement chef d'équipe.
- Surveillant des services médicaux

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 138 :** Les agents d'assainissement chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de coordonner et de contrôler et d'évaluer le travail d'une équipe paramédicale composée de 4 à 10 membres.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition et à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

**Article 139 :** Les agents d'assainissement surveillants des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien médical chef de service, de l'organisation, de l'évaluation du travail des personnels paramédicaux et de services affectés dans leurs unités.

Ils veillent à l'exécution des activités planifiées.

Ils veillent à alimenter l'unité en matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

Ils sont responsables de la propreté et de l'hygiène des locaux.

Ils sont chargés des liaisons avec le personnel médical des unités.

Ils assurent en outre, l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

Ils contrôlent et veillent à l'application de la réglementation sanitaire au niveau de leur secteur de travail et signalent aux autorités compétentes, les infractions à la réglementation en matière d'hygiène, d'assainissement et de protection du milieu.



## Section 2

### Conditions de nomination

**Article 140 :** Les agents d'assainissements chefs d'équipe sont nommés parmi :

- 1 - les agents d'assainissements diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,
- 2- les agents d'assainissement brevetés justifiant de sept (7) années d'ancienneté en cette qualité,

**Article 141 :** Les agents d'assainissement surveillants des services médicaux sont nommés parmi :

- les agents d'assainissement diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,
- les agents d'assainissement chef d'équipes justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,
- les agents d'assainissement principaux justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.

## TITRE X

### DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNEL DES PROTHESES DENTAIRES

#### Chapitre I

##### Corps des aides prothésistes dentaires

**Article 142 :** Les corps des aides prothésistes dentaires est organisé en un grade unique :

- le grade d'aide prothésiste dentaire

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 143 :** Les aides prothésistes dentaires sont chargés sous la conduite du responsable hiérarchique d'aider les prothésistes dentaires à exécuter les prescriptions médicales courantes conformément à leur programme de formation.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement

**Article 144 :** Les aides prothésistes dentaires sont recrutés sur titre, parmi les candidats justifiant de la 1<sup>ère</sup> année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée dans les écoles de formation paramédicales ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 145 :** Sont intégrées dans le grade des aides prothésistes dentaires, les agents techniques de la santé, titulaires et stagiaires affectés aux tâches de prothèses dentaires et les aides prothésistes dentaires recrutés dans les conditions prévues par le décret n° 68-329 du 30 mai 1968 sus-visé affectés aux tâches de prothèses dentaires.

#### Chapitre II

##### Corps des prothésistes dentaires

**Article 146 :** Le corps des prothésistes dentaires comprend trois grades :

- le grade des prothésistes dentaires brevetés
- le grade des prothésistes dentaires diplômés d'Etat
- le grade des prothésistes dentaires principaux.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 147 :** Les prothésistes dentaires brevetés sont chargés sous la conduite du responsable hiérarchique de réaliser des prothèses dentaires à caractère simple et courant.

**Article 148 :** Les prothésistes dentaires diplômés d'Etat sont chargés, sous la conduite du responsable hiérarchique de la réalisation des prothèses mobiles et fixes d'appareillage orthodontiques.

**Article 149 :** Les prothésistes dentaires principaux sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, de réaliser :

- les appareillages dentaires destinés à la restauration prothétique,
- tous autres travaux de prothèse, qui leur sont demandés par le chirurgien-dentiste,
- la conception et la confection des appareils prothétiques et orthodontiques suivants :
- prothèses adjoints partielles
- prothèses adjoints totales
- prothèses conjointes et appareils orthopédo-dento-faciale.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement

**Article 150 :** Les prothésistes dentaires brevetés sont recrutés :

1 - sur titre parmi les candidats justifiant de la 3<sup>ème</sup> année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de 2 années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

2 - par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les aides prothésistes dentaires justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

3 - au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les aides prothésistes dentaires justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude

**Article 151 :** Les prothésistes dentaires diplômés d'Etat sont recrutés :

1 - sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;  
Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les prothésistes dentaires brevetés justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité ;

2 - par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les prothésistes dentaires brevetés justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

3 - au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les prothésistes dentaires brevetés justifiant de dix (10) années d'ancienneté et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 152 :** Les prothésistes dentaires principaux sont recrutés :

1 - par voie d'examen professionnel ouvert aux prothésistes dentaires diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

2 - au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les prothésistes dentaires diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité inscrits sur une liste d'aptitude.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 153 :** Sont intégrés dans le grade des prothésistes dentaires brevetés :

Les techniciens de la santé de l'option \*prothésistes dentaires\* titulaires et stagiaires.

**Article 154 :** Sont intégrées dans le grade des prothésistes dentaires diplômés d'Etat :

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*prothèse dentaire\* titulaires et stagiaires.

**Article 155 :** Sont intégrés dans le grade des prothésistes dentaires principaux

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*prothèse dentaire\* justifiant de huit(8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins 6 mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

## **Chapitre II**

### **Les postes supérieurs**

**Article 156 :** Par application des articles 9 et 10 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs du corps des prothésistes dentaires est fixée comme suit :

- prothésiste dentaire chef d'équipe.
- Surveillant de service médical
- Surveillant chef de service médical

## **SECTION I**

### **Définition des tâches**

**Article 157 :** Les prothésistes dentaires chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de coordonner et d'évaluer le travail d'une équipe paramédicale composée de 4 à 10 membres.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition et à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

**Article 158 :** Les prothésistes dentaires surveillants des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien médical chef de service et du surveillant chef des services médicaux, de l'organisation, de l'évaluation du travail des personnels paramédicaux et de services affectés dans leurs unités.

Ils veillent à l'exécution des prescriptions médicales.

Ils veillent à alimenter l'unité en matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

Ils sont responsables de la propreté et de l'hygiène des locaux.

Ils sont chargés des liaisons avec le personnel médical des unités.

Ils assurent en outre, l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

**Article 159 :** Les prothésistes dentaires surveillants chefs des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien médical chef de service, d'organiser, de coordonner et de contrôler le travail des équipes paramédicales du service.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle du matériel et moyens du service, et à sa maintenance et à sa préservation.

Ils organisent l'encadrement des stages des élèves paramédicaux.

Ils veillent à la qualité des prestations et à l'accueil du malade.

## **Section 2**

### **Conditions de nomination**

**Article 160 :** Les prothésistes dentaires chefs d'équipe sont nommés parmi :

- 1 - les prothésistes diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,
- 2- les prothésistes dentaires brevetés justifiant de sept (7) années d'ancienneté en cette qualité,

**Article 161 :** Les surveillants des services médicaux sont nommés parmi :

- 1-les prothésistes dentaires diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,
- 2-les prothésistes dentaires chef d'équipes justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,
- 3-les prothésistes dentaires principaux justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 162 :** Les surveillants chefs des services médicaux sont nommés parmi :

Les surveillants des services médicaux justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,

Les prothésistes dentaires principaux justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,

Les prothésistes dentaires diplômés d'Etat justifiant de huit (8) années en cette qualité.

## **TITRE XI**

### **DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNEL PREPARATEUR EN PHARMACIE**

## **Chapitre 1**

### **Corps des aides préparateurs en pharmacie**

**Article 163 :** Les corps des aides préparateurs en pharmacie est organisé en un grade unique :

- le grade d'aide préparateur en pharmacie

## **Section 1**

### **Définition des tâches**

**Article 164 :** Les aides préparateurs en pharmacie sont chargés sous la conduite du responsable hiérarchique d'aider les préparateurs en pharmacie et d'assurer les tâches d'entretien, de stérilisation et de rangement du matériel.

## **Section 2**

### **Conditions de recrutement**

**Article 165 :** Les aides préparateurs en pharmacie sont recrutés sur titre, parmi les candidats justifiant de la 1ere année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles paramédicales ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

## **Section 3**

### **Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 166 :** Sont intégrés dans le grade des aides préparateurs en pharmacie, les agents techniques de la santé, titulaires et stagiaires affectés aux tâches de préparations pharmaceutiques et les aides préparateurs en pharmacie recrutés dans les conditions prévues par le décret n° 68-329 du 30 mai 1968 sus-visé affectés aux tâches de préparations pharmaceutiques.

## **Chapitre 2**

### **Corps des préparateurs en pharmacie**

**Article 167 :** Le corps des préparateurs en pharmacie comprend trois grades :

- le grade des préparateurs en pharmacie brevetés
- le grade des préparateurs en pharmacie diplômés d'Etat
- le grade des préparateurs en pharmacie principaux.

## **Section 1**

### **Définition des tâches**

**Article 168 :** Les préparateurs en pharmacie brevetés sont chargés sous la conduite du responsable hiérarchique d'effectuer des préparations pharmaceutiques et des analyses à caractère courant.

**Article 169 :** Les préparateurs en pharmacie diplômés d'Etat sont chargés, sous l'autorité du praticien médical responsable, d'effectuer des préparations pharmaceutiques, des analyses et d'assurer le service des médicaments demandés par le corps médical. Ils veillent à la conservation, au renouvellement et à la distribution des produits et médicaments qui leurs sont confiés.

**Article 170 :** Outre les tâches prévues à l'article 169 ci-dessus, les préparateurs en pharmacie principaux sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'effectuer les analyses et préparations pharmaceutiques complexes et spécialisées.

Ils veillent à la conservation, au renouvellement et à la distribution des produits et médicaments nécessitant une haute surveillance. Ils surveillent les stocks, les produits périmés, ils exécutent les contrôles de qualité.

## **Section 2**

### **Conditions de recrutement**

**Article 171 :** Les préparateurs en pharmacie brevetés sont recrutés :

1 - sur titre parmi les candidats justifiant de la 3ème année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

2 - par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi aides préparateurs en pharmacie justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

3 - au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les aides préparateurs en pharmacie justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude

**Article 172 :** Les préparateurs en pharmacie diplômés d'Etat sont recrutés :

1 - sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois (3) années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les préparateurs en pharmacie brevetés justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité ;

2 - par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les préparateurs en pharmacie brevetés justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

3 - au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les préparateurs en pharmacie brevetés justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 173 :** Les préparateurs en pharmacie principaux sont recrutés :

1 - par voie d'examen professionnel ouvert aux préparateurs en pharmacie diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

2 - au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les préparateurs en pharmacie diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

## **Section 3**

### **Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 174 :** Sont intégrés dans le grade des préparateurs en pharmacie brevetés :

Les techniciens de la santé de l'option \*techniques pharmaceutiques\* titulaires et stagiaires.

**Article 175 :** Sont intégrés dans le grade des préparateurs en pharmacie diplômés d'Etat :

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*techniques pharmaceutiques\* titulaires et stagiaires.

**Article 176 :** Sont intégrés dans le grade des préparateurs en pharmacie principaux

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*techniques pharmaceutiques\* justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins 6 mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

## **Chapitre III**

### **Les postes supérieurs**

**Article 177 :** Par application des articles 9 et 10 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs du corps des préparateurs en pharmacie est fixée comme suit :

- Préparateur en pharmacie chef d'équipe.
- Préparateurs en pharmacie surveillants des services médicaux
- Préparateurs en pharmacie surveillants chefs des services médicaux

### **Section 1**

#### **Définition des tâches**

**Article 178 :** Les préparateurs en pharmacie chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de coordonner et d'évaluer le travail d'une équipe paramédicale composée de quatre 4 à dix 10 membres.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

**Article 179 :** Les surveillants des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien chef de service et du surveillant chef des services médicaux, de l'organisation et de l'évaluation du travail des personnels paramédicaux et de services affectés dans leurs unités. Ils veillent à l'exécution des prescriptions médicales.

A ce titre ils veillent à alimenter l'unité en matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

Ils sont responsables de la propreté et de l'hygiène des locaux.

Ils sont chargés des liaisons avec le personnel médical des unités.

Ils assurent en outre, l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

**Article 180 :** Les surveillants chefs des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien médical chef de service, d'organiser, de diriger, de coordonner et de contrôler le travail des équipes paramédicales du service.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle du matériel et moyens du service, et à sa maintenance et à sa préservation.

Ils organisent l'encadrement des stages des élèves paramédicaux.

Ils veillent à la qualité des prestations.

## **Section 2**

### **Conditions de nomination**

**Article 181 :** Les préparateurs en pharmacie chefs d'équipe sont nommés parmi :

- 1 - les préparateurs en pharmacie diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,
- 2 - les préparateurs en pharmacie brevetés justifiant de sept (7) années d'ancienneté en cette qualité,

**Article 182 :** Les préparateurs en pharmacie surveillants des services médicaux sont nommés parmi :

- 1 - les préparateurs en pharmacie diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,
- 2 - les préparateurs en pharmacie chef d'équipes justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,
- 3 - les préparateurs en pharmacie principaux justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.



**Article 183 :** Les préparateurs en pharmacie surveillants chefs des services médicaux sont nommés parmi :  
- Les surveillants des services médicaux justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,  
Les préparateurs en pharmacie principaux justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,  
Les préparateurs en pharmacie diplômés d'Etat justifiant de huit (8) années en cette qualité.

## TITRE XII DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ORTHOPTISTES

### Chapitre 1 Corps des orthoptistes

**Article 184 :** Le corps des orthoptistes comprend deux grades :

- le grade des orthoptistes diplômés d'Etat
- le grade des orthoptistes principaux.

#### Section 1 Définition des tâches

**Article 185 :** Les orthoptistes diplômés d'Etat sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique de :

- procéder à l'examen du malade orienté par le médecin ophtalmologiste en utilisant les techniques adéquates ;
- effectuer les séances de rééducation prescrites ;
- analyser et interpréter les données recueillies lors des examens et traitements ;
- rendre compte au médecin des résultats obtenus et appliquer les prescriptions ;
- orienter le malade, lui expliquer les buts et les modalités des traitements suivis.

**Article 186 :** Outre les tâches indiquées à l'article 185 ci-dessus, les orthoptistes principaux sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser et participer aux campagnes d'information en direction de la population.  
Ils participent au dépistage des troubles visuels dans les centres de protection maternelle et infantile, crèches et jardins d'enfants.  
Ils surveillent éventuellement, l'efficacité des traitements prescrits par le médecin.

#### Section 2 Conditions de recrutement

**Article 187 :** Les orthoptistes diplômés d'Etat sont recrutés :

1 - sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois (3) années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;  
Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les orthoptistes brevetés justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité.

**Article 188 :** Les orthoptistes principaux sont recrutés :

1- par voie d'examen professionnel ouvert aux orthoptistes diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;  
2- au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les orthoptistes diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

#### Section 3 Dispositions transitoires d'intégration

**Article 189 :** Sont intégrés dans le grade des orthoptistes diplômés d'Etat :

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option "orthoptie" titulaires et stagiaires.

**Article 190 :** Sont intégrés dans le grade des orthoptistes principaux

Les techniciens supérieurs de la santé en orthoptie justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins six (6) mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

### Chapitre II Les postes supérieurs

**Article 191 :** Par application des articles 9 et 10 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le corps des orthoptistes comprend le poste supérieur d'orthoptiste chef d'équipe.

#### Section 1 Définition des tâches

**Article 192 :** Les orthoptistes chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de coordonner et d'évaluer le travail d'une équipe paramédicale composée de quatre (4) à dix (10) membres.

Ils sont chargés de la liaison avec le personnel médical des unités..

Ils veillent à l'exécution des prescriptions médicales

A ce titre, ils organisent les visites médicales, y préparent les malades et veillent à la disponibilité au sein des unités du matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle du matériel et moyens du service, à sa maintenance et à sa préservation

Ils participent à l'élévation des compétences professionnelles du personnel en poste.

Ils assurent en outre, l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

#### Section 2 Conditions de nomination

**Article 193 :** Les orthoptistes chefs d'équipes sont nommés parmi :

- les orthoptistes diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,
- les orthoptistes principaux titulaires

## TITRE XIII

## DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNELS MANIPULATEURS DE RADIOLOGIE

### Chapitre 1 Corps des aides manipulateurs de radiologie

**Article 194 :** Les corps des aides manipulateurs de radiologie comprend un grade unique :

- le grade d'aide manipulateur de radiologie

#### Section 1 Définition des tâches

**Article 195 :** Les aides manipulateurs de radiologie sont chargés sous la conduite du responsable hiérarchique d'aider les manipulateurs de radiologie, d'assurer l'entretien et l'accueil du malade, l'entretien et la maintenance du matériel de radiologie.

#### Section 2 Conditions de recrutement

**Article 196 :** Les aides manipulateurs de radiologie sont recrutés sur titre, parmi les candidats justifiant de la 1ère année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux années dans les écoles paramédicales ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

### Section 3 Dispositions transitoires d'intégration

**Article 197 :** Sont intégrés dans le grade des aides manipulateurs de radiologie, les agents techniques de la santé, titulaires et stagiaires affectés aux tâches de radiologie et les aides manipulateurs de radiologie recrutés dans les conditions prévues par le décret 68-329 du 30 mai 1968 susvisé affectés aux tâches de radiologie.

### Chapitre 2 Corps des manipulateurs de radiologie

**Article 198 :** Le corps des manipulateurs en radiologie comprend trois (3) grades :

- le grade des manipulateurs de radiologie brevetés
- le grade des manipulateurs de radiologie diplômés d'Etat
- le grade des manipulateurs de radiologie principaux.

#### Section 1 Définition des tâches

**Article 199 :** Les manipulateurs de radiologie brevetés sont chargés sous la conduite du responsable hiérarchique d'assurer des examens de radiologie courants et d'assurer l'accueil et la préparation des malades. Ils veillent à l'entretien courant, à la stérilisation et à la maintenance du matériel de radiologie.

**Article 200 :** Les manipulateurs de radiologie diplômés d'Etat sont chargés, sous la conduite du responsable hiérarchique de

- pratiquer les examens d'électro-radiologie demandés par le corps médical, y compris les examens spécialisés
- effectuer les développements des films radiologiques
- ils veillent au bon fonctionnement et à l'utilisation rationnelle du matériel de radiologie.

**Article 201 :** Les manipulateurs de radiologie principaux sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'effectuer examens nécessitant une haute qualification.

Ils assurent également les injections et administrations des produits nécessaires à la radiologie, sous la conduite du personnel médical.

#### Section 2 Conditions de recrutement

**Article 202 :** Les manipulateurs de radiologie brevetés sont recrutés :

1 - sur titre parmi les candidats justifiant de la 3<sup>ème</sup> année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

2 - par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les aides manipulateurs de radiologie justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

-au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les aides manipulateurs de radiologie justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 203 :** Les manipulateurs de radiologie diplômés d'Etat sont recrutés :

1 - sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois (3) années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;  
Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les manipulateurs de radiologie brevetés justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité ;

2-par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les manipulateurs de radiologie brevetés justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

3-au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les manipulateurs de radiologie brevetés justifiant de dix (10) années d'ancienneté et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 204 :** Les manipulateurs de radiologie principaux sont recrutés :

1- par voie d'examen professionnel ouvert aux manipulateurs de radiologie diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

2-au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les manipulateurs de radiologie diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

### Section 3 Dispositions transitoires d'intégration

**Article 205 :** Sont intégrés dans le grade des manipulateurs de radiologie brevetés :

Les techniciens de la santé de l'option \*radiologie\* titulaires et stagiaires.

**Article 206 :** Sont intégrées dans le grade des manipulateurs de radiologie diplômés d'Etat :

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*radiologie\* titulaires et stagiaires.

**Article 207 :** Sont intégrés dans le grade des manipulateurs de radiologie principaux

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*radiologie\* justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins six (6) mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

### Chapitre 2 Les postes supérieurs

**Article 208 :** Par application des articles 9 et 10 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs du corps des manipulateurs de radiologie est fixée comme suit :

- manipulateur de radiologie chef d'équipe.
- surveillant du service médical
- surveillant chef du service médical

#### Section 1 Définition des tâches

**Article 209 :** Les manipulateurs de radiologie chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, et d'évaluer le travail d'une équipe paramédicale composée de quatre (4) à dix (10) membres.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition et à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

**Article 210 :** Les manipulateurs de radiologie surveillants des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien chef de service et du surveillant chef des services médicaux, de l'organisation et de l'évaluation du travail des personnels paramédicaux et de services affectés dans leurs unités.

Ils veillent à l'exécution des prescriptions médicales.

A ce titre ils organisent les visites médicales et y préparent les malades

Ils veillent à alimenter l'unité en matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

Ils sont responsables de la propreté et de l'hygiène des locaux.

Ils sont chargés des liaisons avec le personnel médical des unités.

Ils assurent en outre, l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

**Article 211 :** Les manipulateurs de radiologie surveillants chefs des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien chef de service, d'organiser, de diriger, de coordonner et de contrôler le travail des équipes paramédicales du service. Ils veillent à l'utilisation rationnelle du matériel et moyens du service, et à sa maintenance et à sa préservation. Ils veillent à la qualité des examens effectués, à l'accueil et à la sécurité du malade. Ils organisent l'encadrement des stages des élèves paramédicaux.

## Section 2

### Conditions de nomination

**Article 212 :** Les manipulateurs de radiologie chefs d'équipe sont nommés parmi :  
1 - les manipulateurs de radiologie diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,  
2- les manipulateurs de radiologie brevetés justifiant de sept (7) années d'ancienneté en cette qualité,

**Article 213 :** Les manipulateurs de radiologie surveillants des services médicaux sont nommés parmi :

1-les manipulateurs de radiologie diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,  
2-les manipulateurs de radiologie chef d'équipes justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,  
3-les manipulateurs de radiologie principaux justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 214 :** Les manipulateurs de radiologie surveillants chefs des services médicaux sont nommés parmi :

- Les manipulateurs de radiologie surveillants des services médicaux justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,  
Les manipulateurs de radiologie principaux justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,  
Les manipulateurs de radiologie diplômés d'Etat justifiant de huit (8) années en cette qualité.

## TITRE XIV

### DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNEL LABORANTIN

#### Chapitre 1

##### Corps des aides laborantins

**Article 215 :** Les corps des aides laborantins comprend un grade unique :

- le grade d'aide laborantin

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 216 :** Les aides laborantins sont chargés sous la conduite du responsable hiérarchique d'aider les laborantins et assurer l'entretien, la stérilisation, la maintenance et le rangement du matériel.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement

**Article 217 :** Les aides laborantins sont recrutés sur titre, parmi les candidats justifiant de la 1ere année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles de formation paramédicales ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 218 :** Sont intégrés dans le grade des aides laborantins, les agents techniques de la santé, titulaires et stagiaires affectés aux tâches de laboratoire et les aides laborantins recrutés dans les conditions prévues par le décret 68-329 du 30 mai 1968 susvisé affectés aux tâches de laboratoire.

#### Chapitre 2

##### Corps des laborantins

**Article 219 :** Le corps des laborantins comprend trois grades :

- le grade des laborantins brevetés
- le grade des laborantins diplômés d'Etat
- le grade des laborantins principaux.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 220 :** Les laborantins brevetés sont chargés sous la conduite du responsable hiérarchique de l'accueil des malades et des examens courants de laboratoire.

Ils veillent à l'entretien, la stérilisation, la maintenance et le rangement du matériel.

**Article 221 :** Les laborantins diplômés d'Etat sont chargés, sous la conduite du responsable hiérarchique de l'exécution des analyses et examens prescrits par le corps médical.

Ils veillent à la conservation des prélèvements qui leurs sont confiés et assurent la garde et l'entretien de leur matériel de travail.

**Article 222 :** Outre les tâches figurant à l'article 221 ci-dessus, les laborantins principaux sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'exécuter les analyses et examens prescrits par le corps médical et nécessitant une haute qualification.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement

**Article 222 :** Les laborantins brevetés sont recrutés :

1 - sur titre parmi les candidats justifiant de la 3eme année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de 2 années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus les aides laborantins justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité.

2 - par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les aides laborantins affectés aux tâches de laboratoire justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité inscrits sur une liste d'aptitude;

3 - au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les aides laborantins justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude après avis de la commission des personnels.

**Article 224 :** Les laborantins diplômés d'Etat sont recrutés :

1 - sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois (3) années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;  
Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les laborantins brevetés justifiant de trois (3) années effectif en cette qualité ;

2-par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les laborantins brevetés justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

3-au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les laborantins justifiant de dix (10) années d'ancienneté et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 225 :** Les laborantins principaux sont recrutés :

1- par voie d'examen professionnel ouvert aux laborantins diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

2-au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les laborantins diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

### Section 3

#### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 226 :** Sont intégrés dans le grade des laborantins brevetés :

Les techniciens de la santé de l'option "laboratoire" titulaires et stagiaires.

**Article 227 :** Sont intégrées dans le grade des laborantins diplômés d'Etat :

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option "laboratoire" titulaires et stagiaires.

**Article 228 :** Sont intégrés dans le grade des laboratoires principaux

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option "laboratoire" justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins 6 mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

### Chapitre 2

#### Les postes supérieurs

**Article 229 :** Par application des articles 9 et 10 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs du corps des laborantins est fixée comme suit :

- laborantin chef d'équipe.
- surveillant du service médical
- surveillant chef du service médical

### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 230 :** Les laborantins chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de coordonner et d'évaluer le travail d'une équipe paramédicale de quatre (4) à dix (10) membres.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

**Article 231 :** Les laborantins surveillants des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien chef de service et du surveillant chef des services médicaux, de l'organisation et de l'évaluation du travail des personnels paramédicaux et de services affectés dans leurs unités.

Ils veillent à l'exécution des prescriptions médicales.

A ce titre ils veillent à alimenter l'unité en matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

Ils sont responsables de la propreté et de l'hygiène des locaux.

Ils sont chargés des liaisons avec le personnel médical des unités.

Ils assurent en outre, l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

**Article 232 :** Les laborantins surveillants chefs des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien médical chef de service, d'organiser, de diriger, de coordonner et de contrôler le travail des équipes paramédicales du service.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle du matériel et moyens du service, et à sa maintenance et à sa préservation.

Ils organisent l'encadrement des stages des élèves paramédicaux.

### Section 2

#### Conditions de nomination

**Article 233 :** Les laborantins chefs d'équipe sont nommés parmi :

1 - les laborantins diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,

2 - les laborantins brevetés justifiant de sept (7) années d'ancienneté en cette qualité,

**Article 234 :** Les laborantins surveillants des services médicaux sont nommés parmi :

1-les laborantins diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,

2-les laborantins chef d'équipes justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,

3-les laborantins principaux justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 235 :** Les laborantins surveillants chefs des services médicaux sont nommés parmi :

Les surveillants des services médicaux justifiant de 3 années d'ancienneté en cette qualité,

Les laborantins principaux justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,

- Les laborantins diplômés d'Etat justifiant de huit (8) années en cette qualité.

## TITRE XII

### DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNELS MASSEUR KINESITHERAPEUTE

#### Chapitre 1

##### Corps des masseurs kinésithérapeutes

**Article 236 :** Le corps des masseurs kinésithérapeutes comprend trois grades :

- le grade des masseurs kinésithérapeutes brevetés
- le grade des masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat
- le grade des masseurs kinésithérapeutes principaux.

### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 237 :** Les masseurs kinésithérapeutes brevetés sont chargés sous la conduite du responsable hiérarchique d'aider les masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat et principaux, dans l'application des prescriptions médicales de rééducation et réadaptation fonctionnelle.

**Article 238 :** Les masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat sont chargés, sous la conduite du praticien médical de l'application des prescriptions médicales de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

A ce titre, ils pratiquent des gestes de massothérapie, de pouliothérapie, d'électrothérapie, de balnéothérapie, de physiothérapie et de toutes les autres techniques de kinésithérapie.

**Article 239 :** Outre les tâches figurant à l'article 238 ci-dessus, les masseurs kinésithérapeutes principaux sont chargés, sous la surveillance du praticien médical, de pratiquer des gestes relatifs à la prise en charge des affections nécessitant une haute qualification et ou précision.

Ils peuvent être chargés d'électromyographie

Ils participent à la formation du personnel paramédical.

### Section 2

### Conditions de recrutement

**Article 240 :** Les masseurs kinésithérapeutes brevetés sont recrutés :

1 - sur titre parmi les candidats justifiant de la 3<sup>ème</sup> année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles paramédicales, des instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du Ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 241 :** Les masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat sont recrutés :

1 - sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois années dans les écoles paramédicales, des instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les masseurs kinésithérapeutes brevetés justifiant de trois (3) années effectif en cette qualité ;

2-par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les masseurs kinésithérapeutes brevetés justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

3-au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les masseurs kinésithérapeutes justifiant de dix (10) années d'ancienneté et inscrits sur une liste d'aptitude après avis de la commission du personnel.

**Article 242 :** Les masseurs kinésithérapeutes principaux sont recrutés :

1- par voie d'examen professionnel ouvert aux masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

2-au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

### Section 3

#### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 243 :** Sont intégrés dans le grade des masseurs kinésithérapeutes brevetés :

Les techniciens de la santé de l'option \*kinésithérapie\* titulaires et stagiaires.

**Article 244 :** Sont intégrés dans le grade des masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat :

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*kinésithérapie\* titulaires et stagiaires.

**Article 245 :** Sont intégrés dans le grade des masseurs kinésithérapeutes principaux

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*kinésithérapie\* justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins 6 mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

### Chapitre 2

#### Les postes supérieurs

**Article 246 :** Par application des articles 9 et 10 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs du corps des masseurs kinésithérapeutes est fixée comme suit :

- masseur kinésithérapeute chef d'équipe.
- surveillant du service médical
- surveillant chef du service médical

### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 247 :** Les masseurs kinésithérapeutes chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de coordonner et d'évaluer le travail d'une équipe paramédicale de quatre (4) à dix (10) membres.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition et à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

**Article 248 :** Les masseurs kinésithérapeutes surveillants des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien chef de service et du surveillant chef des services médicaux, de l'organisation et de l'évaluation du travail des personnels paramédicaux et de services affectés dans leurs unités.

Ils sont responsables de la propreté et de l'hygiène des locaux.

Ils sont chargés des liaisons avec le personnel médical des unités.

Ils assurent en outre, l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

**Article 249 :** Les masseurs kinésithérapeutes surveillants chefs des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien médical chef de service, d'organiser, de diriger, de coordonner et de contrôler le travail des équipes paramédicales du service.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle du matériel et moyens du service, et à sa maintenance et à sa préservation.

Ils veillent à la qualité des soins paramédicaux, à l'accueil et au confort du malade.

Ils organisent l'encadrement des stages des élèves paramédicaux.

### Section 2

#### Conditions de nomination

**Article 250 :** Les masseurs kinésithérapeutes chefs d'équipe sont nommés parmi :

1- les masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,

2- les masseurs kinésithérapeutes brevetés justifiant de sept (7) années d'ancienneté en cette qualité,

**Article 251 :** Les masseurs kinésithérapeutes surveillants des services médicaux sont nommés parmi :

1-les masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,

2-les masseurs kinésithérapeutes chef d'équipes justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,

3-les masseurs kinésithérapeutes principaux justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 252 :** Les surveillants chefs des services médicaux sont nommés parmi :

- les surveillants des services médicaux justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,
- les masseurs kinésithérapeutes principaux justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,
- les masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat justifiant de 8 années en cette qualité.

### TITRE XV

#### DISPOSITIONS APPLICABLES AU PERSONNELS TECHNICIEN EPIDEMIOLOGISTE

### Chapitre 1

#### Corps des techniciens épidémiologistes

**Article 253 :** Le corps des techniciens épidémiologistes comprend deux grades :

- le grade des techniciens épidémiologistes diplômés d'Etat
- le grade des épidémiologistes principaux.



## Section 1

### Définition des tâches

**Article 254 :** Les techniciens épidémiologistes diplômés d'Etat sont chargés, sous la conduite du responsable hiérarchique :

- participer aux actions de prévention et d'entomologie
- organiser et assurer l'éducation sanitaire individuelle et collective ;
- organiser, mener et évaluer les campagnes de vaccination et de prophylaxie de certaines maladies, ainsi que les campagnes d'éradication des fléaux sociaux et maladies transmissibles ;
- faire des enquêtes épidémiologiques à titre préventif ou curatif et le bilan épidémiologique du secteur couvert.

**Article 255 :** Outre les tâches figurant à l'article 254 ci-dessus, les techniciens épidémiologistes principaux sont chargés, sous la conduite du responsable hiérarchique, de participer à la recherche et à la formation du personnel paramédical.

## Section 2

### Conditions de recrutement

**Article 256 :** Les techniciens épidémiologistes diplômés d'Etat sont recrutés :

1 - sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois (3) années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 257 :** Les techniciens épidémiologistes principaux sont recrutés :

- 1- par voie d'examen professionnel ouvert aux techniciens épidémiologistes diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;
- 2-au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les techniciens épidémiologistes diplômés d'Etat justifiant de dix (10) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

## Section 3

### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 258 :** Sont intégrées dans le grade des techniciens épidémiologistes diplômés d'Etat :

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*épidémiologie\* titulaires et stagiaires.

**Article 259 :** Sont intégrés dans le grade des techniciens épidémiologistes principaux

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option \*épidémiologie\* justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins 6 mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

**Article 260 :** Le corps des techniciens épidémiologistes est organisé en filières spécialisées dont la liste et la nomenclature des tâches respectives sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

## Chapitre 2

### Les postes supérieurs

**Article 261 :** Par application des articles 9 et 10 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs du corps des techniciens épidémiologistes est fixée comme suit :

- techniciens épidémiologistes chefs d'équipe.
- techniciens épidémiologistes chefs de service

## Section 1

### Définition des tâches

**Article 262 :** Les techniciens épidémiologistes chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'organiser, de coordonner et de contrôler le travail d'une équipe paramédicale composée de quatre (4) à six (6) membres.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition et à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

**Article 263 :** Les techniciens épidémiologistes chefs de service sont chargés, sous l'autorité du praticien médical chef de service et du chef d'unité éventuellement, de l'organisation, et de la répartition du travail des personnels techniciens épidémiologistes affectés dans leurs unités.

Ils veillent à alimenter l'unité en matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

Ils assurent en outre, l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

## Section 2

### Conditions de nomination

**Article 264 :** Les techniciens épidémiologistes chefs d'équipe sont nommés parmi :

- 1- les techniciens épidémiologistes diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,
- 2- les techniciens épidémiologistes principaux titulaires.

**Article 265 :** Les techniciens épidémiologistes chefs de service sont nommés parmi :

- 1-les techniciens épidémiologistes diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,
- 2-les techniciens épidémiologistes chef d'équipes justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,
- 3-les techniciens épidémiologistes principaux justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.

## TITRE XVI

### DISPOSITIONS APPLICABLES AUX INFIRMIERES EN SOINS OBSTETRICAUX

## Chapitre 1

### Corps des accoucheuses rurales

**Article 266 :** Le corps des accoucheuses rurales est organisé en un grade unique :  
le grade d'accoucheuse rurale

## Section 1

### Définition des tâches

**Article 267 :** Les accoucheuses rurales sont chargées sous l'autorité du responsable hiérarchique et sous la conduite du praticien médical ou de la sage femme d'assister les femmes en couches, de prodiguer des soins aux mères avant et après l'accouchement et d'aider le cas échéant, les sages femmes dans l'accomplissement de leurs tâches.

## Section 2

### Conditions de recrutement

**Article 268 :** Les accoucheuses sont recrutées sur titre, parmi les candidates justifiant de la 1<sup>ère</sup> année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles de formation paramédicales ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

## Section 3

### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 269 :** Sont intégrées dans le grade des accoucheuses rurales :

- 1 - les agents techniques de la santé de la filière soins, affectés aux tâches des soins obstétricaux,
- les accoucheuses rurales recrutées dans les conditions prévues par le décret 68-329 du 30 mai 1968 sus-visé.

## Chapitre 2

### Corps des infirmières brevetées en soins obstétricaux

**Article 270 :** Le corps des infirmières brevetées en soins obstétricaux est organisé en un grade unique.

- le grade des infirmières brevetées en soins obstétricaux

**Section 1**  
**Définition des tâches**

**Article 271 :** Les infirmières brevetées en soins obstétricaux sont chargées sous l'autorité du responsable hiérarchique et sous la conduite du praticien médical ou de la sage-femme, d'assister les femmes en couches, de leur assurer les soins infirmiers et obstétricaux d'assurer l'éducation sanitaire et sociales chez les gestantes et leurs familles et de les préparer à l'accouchement. Elles pratiquent la mise en sein et encourage l'allaitement maternel. Elles assurent la vaccination, le suivi et les soins à la population infantile.

**Section 2**  
**Conditions de recrutement**

**Article 272 :** Les accoucheuses rurales brevetées sont recrutées :

1 - sur titre, parmi les candidates justifiant de la 3<sup>ème</sup> année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de 2 années dans les écoles paramédicales, des instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du Ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus ci-dessus, les accoucheuses rurales justifiant de trois années d'exercice effectif en cette qualité.

2 - par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi : les accoucheuses rurales justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité ;

-au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les accoucheuses rurales justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude

**Section 3**  
**Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 273 :** Les infirmières brevetées en soins obstétricaux peuvent évoluer, selon les modalités retenues pour l'ensemble des personnels paramédicaux brevetés, à leur demande, soit dans la filière des personnels infirmiers, soit dans la filière des personnels sages-femmes.

**Article 274 :** Sont intégrées dans le grade des infirmières brevetées en soins obstétricaux, les techniciennes de la santé de l'option soins obstétricaux et de puériculture titulaires et stagiaires.

**TITRE XIII**  
**CLASSIFICATION**

**Article 275 :** Les techniciens paramédicaux et les agents paramédicaux spécialisés régis par les dispositions des décrets n° 68-326 et 68-327 du 30 mai 1968 susvisés, sont intégrés dans les grades de paramédicaux diplômés d'Etat correspondant à leurs filières, après examens professionnels.

**Article 276 :** Les agents paramédicaux, régis par les dispositions du décret n° 68-328 du 30 mai 1968 susvisé, sont intégrés dans les grades des paramédicaux brevetés correspondant à leurs filières, après examen professionnel.

**Article 277 :** Les personnels paramédicaux candidats aux postes supérieurs sont inscrits sur une liste d'aptitude établie après avis de la commission du personnel.

**Article 278 :** Les corps des techniciens paramédicaux, le corps des agents paramédicaux spécialisés, le corps des agents paramédicaux régis respectivement par les décrets n° 68-326 et n° 68-327 et n° 68-328 du 30 mai 1968 susvisés sont constitués en corps en voie d'extinction.

**TITRE XIX**  
**CLASSIFICATION**

**Article 279 :** En application des dispositions de l'article 69 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le classement des postes de travail, emplois et corps des personnels paramédicaux est fixé conformément aux tableaux ci-après :

GRADES	Catégorie	Section	Indice
	Aides soignant .....	10	1
Paramédicaux brevetés.....	13	1	354
Paramédicaux diplômés d'Etat.....	14	1	392
Paramédicaux principaux.....	15	1	434
PEPM du 1° degré.....	16	1	482
PEPM du 2° degré.....	17	1	534

POSTES SUPERIEURS	Catégorie	Section	Indice
Paramédicaux chefs d'équipes.....	14	4	416
Paramédicaux surveillants des services médicaux.....	15	3	452
Paramédicaux surveillants chefs des services médicaux.....	15	5	472
Coordinateurs des activités paramédicales.....	16	3	502
PEPM chef d'option.....	17	3	556
PEPM directeur des études et des stages.....	18	1	593
PEPM directeur d'annexe de formation paramédicale.....	18	1	593
PEPM directeur d'établissement de formation paramédicale.....	19	1	658

**Article 280 :** Sont abrogées les dispositions contraires au présent décret notamment celles des décrets n° 80-111 , 80-112 , 80-113 , 80-114 du 12 avril 1980 susvisés.

**Article 281 :** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 avril 1991.

**Mouloud HAMROUCHE**

**Décret exécutif n° 96-69 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 modifiant et complétant  
le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 portant statut particulier des personnels paramédicaux**

Le Chef du Gouvernement

Sur le rapport du Ministre de la santé et de la population ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116alinéa 2) ;

Vu le décret présidentiel n°95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret n°85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administration publiques ;

Vu le décret présidentiel n°96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 portant statut particulier des personnels paramédicaux.

**Décète:**

**Article 1** : Le présent décret a pour objet de modifier et compléter certaines dispositions du décret exécutif n°91-107 du 27 avril 1991 susvisé.

**Article 2** : L'article 25 du décret n°91-107 du 27 avril 1991 susvisé est complété *in fine* comme suit :

«Toutefois, les agents techniques de la santé de la filière 'entretien' titulaires d'un diplôme, affectés aux tâches de soins par affectation dûment justifié par une attestation du chef de service et visée par le chef d'établissement, sont intégrés dans le grade des aides soignant ».

**Article 3** : Les termes 'en cette qualité' prévus aux 1° et 3° des articles 43,141,161,182,213,234,251 et 265 du décret exécutif n°91-107 du 27 avril 1991 susvisé sont supprimés et remplacés par les termes 'dans le grade d'origine'.

**Article 4** : Les articles 43, 141, 161, 182, 213,234 et 251 du décret n°91-107 du 27 avril 1991 susvisé sont complétés *in fine* comme suit :

'Art. 43 Les infirmiers brevetés justifiant de dix années d'ancienneté dans le grade d'origine'

'Art. 141 Les agents d'assainissements brevetés justifiant de dix années d'ancienneté dans le grade d'origine'.

'Art. 161. Les prothésistes dentaires brevetés justifiant de dix années d'ancienneté dans le grade d'origine'.

'Art. 182. Les préparateurs en pharmacie brevetés justifiant de dix années d'ancienneté dans le grade d'origine'.

'Art. 213. Les manipulateurs de radiologie brevetés justifiant de dix années d'ancienneté dans le grade d'origine'.

'Art. 234. Les laborantins brevetés justifiant de dix années d'ancienneté dans le grade d'origine'.

'Art. 251. Les masseurs kinésithérapeutes brevetés justifiant de dix années d'ancienneté dans le grade d'origine'.

**Article 5** : Le décret exécutif n°91-107 du 27 avril 1991 susvisé est complété par un *article 277 bis* libellé comme suit :

'Art 277. Bis – Les personnels paramédicaux brevetés admis au concours d'entrée dans les établissements de formation paramédicale préparant au titre paramédical diplômé d'Etat, bénéficient d'une réduction d'une année sur la durée de la formation spécialisée'.

**Article 6** : Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996.

**Ahmed OUYAHIA**



Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.  
Vu la Constitution notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut –type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret présidentiel n°02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 modifié et complété portant statut particulier des personnels paramédicaux ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent a pour objet de compléter le décret exécutif n – 91-107 du 27 avril 1991 susvisé :

**Article 2 :** L'article 2 du décret, exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991, susvisé est complété *in fine* comme suit :

« Art. 2. - .....des opticiens lunetiers ».

**Article 3 :** Le décret exécutif n 91-107 du 27 avril 1991 , susvisé , est complété par un titre XVII bis ,qui comporte les articles : 247 – 1 , 274 – 2,274-3, 274 – 3, 274 – 3, 274- 4, 274-5, 274-6,6 274-7 et 274-8 rédigés comme suit :

**TITRE XVII bis  
DISPOSITIONS APPLICABLES AUX OPTICIENS LUNETIERS**

**Chapitre I**

**Corps des opticiens lunetiers**

**Article . 274 – 1** le corps des opticiens lunetiers comprend deux grades :

- le grade des opticiens lunetiers brevetés :
- le grade des opticiens lunetiers diplômés d Etat.

**Section 1**

**Définition des tâches**

**Article. 274-2** les opticiens lunetiers brevetés sont chargés sous l'autorité du responsable hiérarchique d'assurer l'exécution et la réalisation de toutes prescriptions médicales ou corrections optiques.

**Article.274-3** les opticiens lunetiers diplômés d Etat sont chargés sous l'autorité du responsable hiérarchique :  
de réaliser et d'exécuter toute prescription médicale relative à des corrections optiques ;  
de délivrer des lentilles de contact et d'assurer leur mise en place selon les prescriptions :

**Section 2**

**Conditions de recrutement**

**Article 274-4** les opticiens lunetiers brevetés sont recrutés sur titre parmi les candidats justifiant de la 3<sup>ème</sup> année secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de deux (2) années dans les écoles paramédicales, ou à l'institut technologique de la santé publique ou dans tout autre établissement de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 275-5** les opticiens lunetiers diplômés d'Etat sont recrutés :

- 1/ sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois (3) années dans les écoles paramédicales, à l'institut technologique de la santé publique ou dans tout autre établissement de fonction spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique ; peuvent également se présenter au concours d'entrée dans les établissements de formation prévus – ci dessus les opticiens lunetiers brevetés justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité.
- 2/ par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir parmi les opticiens lunetiers brevetés justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité.
- 3/ au choix, dans la limite de 10 % des postes à pourvoir parmi les opticiens lunetiers brevetés justifiant de 10 années d'ancienneté en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Chapitre II**

**Les postes supérieurs**

**Article.274-6** En application des articles 9 et 10 du décret n 85-59 du 23 mars 1985, susvisé, le corps des opticiens lunetiers comprend le poste supérieur d 'opticien lunetier, chef d'équipe.

**Section 1**

**Définition des tâches**

**Article .274-7** les opticiens lunetier chefs d'équipes sont chargés sous l'autorité du responsable hiérarchique d'organiser de coordonner et d'évaluer le travail d'une équipe paramédicale composée de quatre (4) à dix (10) membres.

A ce titre :

- ils sont chargés de la coordination des activités liées à leur domaine de compétence avec le personnel médical des unités ;
- ils veillent à l'exécution des prescriptions médicales ;
- ils organisent les visites médicales préparent les malades et veillent à la disponibilité, au sein des unités du matériel des produits et accessoires nécessaires à leur bon fonctionnement ;
- ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens du service à sa maintenance et à sa prévention ;
- ils participent au fonctionnement des personnels en poste ;
- ils assurent en outre l'encadrement des stagiaires paramédicaux.

**Section 2**

**Conditions de nomination**

**Art 274-8 :** Les opticiens lunetiers chefs d'équipes sont nommés parmi les opticiens lunetiers diplômés d 'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 4 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 12 Safar 1424 correspondant au 14 avril 2003

Ali BENFLIS

Le Chef du Gouvernement

Sur rapport du ministre de la santé ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu l'ordonnance n°66-133 du 02 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique, ensemble les textes pris pour son application ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;

Vu le décret n°80-112 du 12 avril 1980, portant statut particulier des techniciens supérieurs de la santé.

Vu le décret n°85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 85-60 du 23 mars 1985 fixant les mesures d'application immédiate du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-46 du 11 mars 1986 fixant à titre transitoire les conditions de recrutement et de gestion des personnels des institutions et administrations publiques en attendant la publication des statuts particuliers et des textes d'application du décret n°85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-179 du 05 Août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;

Vu le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991, portant statut particulier des personnels paramédicaux

**Décète:**

## **TITRE I DISPOSITIONS GENERALES**

### **Chapitre I Champ d'application**

**Article 1 :** En application de l'article 4 décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions spécifiques applicables aux corps des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation et de fixer la nomenclature ainsi que les conditions d'accès aux postes de travail et emplois correspondants auxdits corps.

**Article 2 :** Les auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation exercent en fonction de leurs grades et conformément aux lois et règlements en vigueur, dans les C.H.U, dans les secteurs sanitaires et dans les établissements hospitaliers spécialisés relevant du ministère de la santé.

Ils peuvent être mis en position d'activité, par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre concerné, dans les établissements publics ayant des activités sanitaires à celles des établissements énumérés à l'alinéa précédent et ne relevant pas du ministère de la santé.

A titre exceptionnel, ils peuvent être en position d'activité au niveau de l'administration centrale du ministère de la santé.

### **Chapitre II Droits et obligations**

**Article 3 :** Les travailleurs régis par les dispositions du présent statut sont soumis aux droits et obligations prévus par le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Ils sont, en outre, assujettis aux règles précisées par le règlement intérieur spécifique à l'administration qui les emploie.

**Article 4 :** Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation bénéficient :

du transport pour les personnels astreints à travail de nuit ou une gardé.

Les conditions dans lesquelles le transport est assuré sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

de prestation en matière de cantine dans les structures de santé, la restauration est gratuite pour le personnel de garde ;

de l'habillement pour certaines catégories de personnels dont sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

d'une protection spéciale à l'occasion et durant l'exercice de leur fonction .A cet effet ils bénéficient du concours des autorités concernées.

**Article 5 :** Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation quel leur poste de travail et en toute circonstance nécessitant leur concours, sont astreints dans le cadre des missions qui leurs sont dévolues :

aux gardes réglementaires organisées au sein du service ou de l'établissement.

à l'exercice de leur fonctions ce jour comme de nuit et, le cas échéant, au delà de la durée légale de travail.

### **Chapitre III Recrutement- période d'essai**

**Article 6 :** Nonobstant les dispositions prévues par le présent statut en application des articles 34 et 33 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les proportions fixées pour le recrutement peuvent être modifiées par arrêté conjoint de l'administration chargée de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique, après avis de la commission du personnel compétent.

toutefois, ces modifications sont limitées à la moitié au plus des taux fixés pour les modes de recrutement par voie d'examen professionnel et de liste d'aptitude, sans que l'ensemble des proportions de recrutement ne dépassent le plafond de 30% des postes à pourvoir.

**Article 7 :** Les candidats recrutés dans les conditions prévues par le présent statut sont en qualité de stagiaires par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

**Article 8 :** En application des dispositions des articles 40 et 41 du décret n° 85-59 du 23 mars 1983 susvisé, les stagiaires sont soumis à une période d'essai renouvelée une fois le cas échéant et fixée à 9 mois.

La confirmation des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation est subordonnée à leur inscription sur une liste d'aptitude arrêtée, sur rapport motivé du responsable hiérarchique, par un jury dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont fixes conformément à la réglementation en vigueur.

### **Chapitre IV Avancement - formation- promotion**

**Article 9 :** Les rythmes d'avancement applicables aux auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation sont fixés selon les trois durées et les proportions prévues à l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Toutefois, les titulaires d'emplois présentant un taux élève de pénibilité ou de nuisance dont la liste est fixée par le décret pris en application des dispositions de l'article 7 de la loi n° 83-12 du 02 Juillet 1983 relative à la retraite, bénéficient des deux rythmes d'avancement selon les durées minimale et moyenne, aux proportions respectives de 6 et 4 sur 10 fonctionnaires conformément aux dispositions de l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

**Article 10 :** L'organisme employeur est tenu :  
d'assurer la formation, le perfectionnement et le recyclage des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation en vue d'une amélioration constante de leur qualification et de leur promotion.  
d'assurer l'actualisation de leur connaissances en vue de l'acquisition de nouvelles compétences techniques et administratives liées aux besoins du secteur de la santé et aux exigences de la médecine.  
les conditions d'organisation de la formation seront fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 11 :** Sous réserve des dispositions de l'article 124 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation confirmés, remplissant à partir de la date de leur recrutement la condition d'ancienneté exigée pour l'avancement au premier échelon, sont promus nonobstant la procédure d'inscription au tableau d'avancement tel que prévue par l'article 76 du décret n°85-59 du 23 mars 1985 susvisés.

#### **Chapitre V Dispositions générales d'intégration**

**Article 12 :** Pour la constitution initiale des corps institués par le présent décret, il est procédé à l'intégration, à la confirmation et au reclassement des fonctionnaires titulaires et stagiaires ou confirmés en application du décret n° 86-46 du 11 mars 1986 susvisé et des travailleurs stagiaires dans les conditions fixées par les dispositions des articles 137 à 145 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé et les dispositions du présent décret.

**Article 13 :** Les fonctionnaires titulaires en application de la réglementation qui leur est applicable ou confirmés en application du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, sont intégrés, confirmés et rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détenaient dans le corps d'origine, tout droit à l'avancement pris en compte .

Le reliquat d'ancienneté dégageé dans le corps d'origine est utilisé pour l'avancement dans le corps d'accueil.

**Article 14 :** Les travailleurs non confirmés à la date d'effet du présent statut sont intégrés en qualité de stagiaires et confirmés, si leur manière de servir est jugée satisfaisante des qu'ils ont accompli le période d'essai réglementaire prévue par le corps d'accueil. Ils conservent une ancienneté égale à la durée ces services qu'ils ont accomplis à compter de la date de leur recrutement, cette ancienneté est utilisable pour l'avancement d'échelon dans leur nouvelle catégorie et section de classement.

**Article 15 :** A titre transitoire et pendant une période de cinq (5) ans, à compter de la date d'effet du présent statut, l'ancienneté exigée pour la promotion à un grade ou à un poste supérieur des fonctionnaires intégrés dans les grades autres que ceux correspondants aux corps précédemment créés, en application de l'ordonnance n° 66-133 du 02 juin 1966 susvisée, est appréciée cumulativement au titre de grade d'origine et du grade d'intégration.

**Article 16 :** Les décisions portant confirmation, promotion, mouvement et cessation de fonction des travailleurs régis par le présent statut, font l'objet d'une publication par voie d'insertion au bulletin officiel de l'administration chargée de la santé. Ces décisions sont, dans tous les cas, notifiées individuellement aux intéressés

### **TITRE III DISPOSITIONS APPLICABLES AUX AUXILIAIRES MEDICAUX EN ANESTHESIE-REANIMATION.**

#### **Chapitre I Corps des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation.**

**Article 17 :** Le corps des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation  
Comprend deux grades.

- Le grade des auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation diplômé d'Etat,
- Le grade des auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation principaux.

#### **Section 1 Définition des tâches**

**Article 18 :** Conformément à leur programme de formation, les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation diplômés d'état sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique et d'assurer au plan de l'anesthésie et de la réanimation, la préparation du malade à opérer en phases :

Pré-opératoire, per-opératoire et post-opératoire.

Dans les soins d'urgences, ils assurent la réanimation des malades présentant que détresse dans une ou plusieurs fonctions vitales de l'organisme jusqu'à leur prise en charge par un service spécialisé.

Ils participent à la formation des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation.

**Article 19 :** Outre les tâches figurant à l'article 18 ci-dessus, les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation principaux sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique et conformément à leur programme et à leur spécialité, d'assurer les actes complexes et spécialisés,

Ils participent à la formation des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation.

**Article 20 :** La nomenclature des tâches du corps des auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

#### **Section 2 Conditions de recrutement**

**Article 21 :** Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation diplômé -d'Etat sont recrutés :

Sur titre, parmi les candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois années dans les écoles paramédicales, les instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 22 :** Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation principaux sont recrutés,

1/ Par voie d'examen professionnel ouvert aux auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation diplômés d'Etat justifiant de 5 années d'ancienneté en cette qualité.

2/ Au choix dans la limite de 10% des postes à pouvoir parmi les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation diplômés d'Etat justifiant de 10 Années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

#### **Section 3 Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 23 :** Sont intégrés dans le grade des auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation diplômés d'Etat :  
Les techniciens supérieurs de la santé de l'option « anesthésie-réanimation » titulaires et stagiaires

**Article 24 :** Sont intégrés dans le grade des auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation principaux :

Les techniciens supérieurs de la santé de l'option « anesthésie-réanimation » justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins six (6) mois et inscrits sur une liste d'aptitude, après avis de la commission du personnel.

## Les postes supérieurs

**Article 25 :** Par application des articles 9 et 10 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs du corps des auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation est fixée comme suit :

Auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation chefs d'équipes,

Surveillants des services médicaux,

Surveillants chefs des services médicaux,

Coordinateurs des activités paramédicales conformément à l'article 44 du décret n° 91-107 du 27 Avril 1991 sus-visé.

### Section 1

#### Définition des tâches

**Article 26 :** Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation chefs d'équipe sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, paramédicale composée de 4 à 6 membres.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle des moyens mis à leur disposition et à leur entretien ainsi qu'à la discipline et à l'exécution correcte des tâches confiées.

**Article 27 :** Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation surveillants des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique de l'organisation et de la répartition du travail des personnels auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation affectés dans leurs unités.

Ils veillent à la disponibilité du matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

Ils assurent, en outre, l'encadrement des stagiaires auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation.

**Article 28 :** Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation surveillants chefs des services médicaux sont chargés, sous l'autorité du praticien médical chef de service, d'organiser, de diriger, de coordonner et de contrôler le travail des équipes paramédicales du service anesthésie-réanimation.

Ils veillent à l'utilisation rationnelle du matériel, à sa maintenance et sa préservation. Ils surveillent et organisent l'encadrement des élèves auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation.

### Section 2

#### Conditions de nomination

**Article 29 :** Les auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation chefs d'équipe sont nommés parmi :

Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation diplômés d'Etat justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,

**Article 30 :** Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation surveillants des services médicaux sont nommés parmi :

1/ Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation diplômés d'Etat justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,

2/ Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation chef d'équipe justifiant de deux (2) années d'ancienneté en cette qualité,

3/ Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation principaux titulaires.

**Article 31 :** Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation surveillants chefs des services médicaux sont nommés parmi :

1/ Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation surveillant des services médicaux justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,

2/ Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation principaux justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité,

3/ Les auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation diplômé d'état justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité.

## TITRE IV

### CLASSIFICATION

**Article 32 :** En application des dispositions de l'article 69 du décret n°85-59 du

23 mars 1985 susvisé, le classement des postes de travail et emplois spécifiques et corps des auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation est fixé au conformément tableau ci-après :

GRADES	CLASSIFICATION		
	Catégorie	Section	Indice
Auxiliaires médicaux anesthésie-réanimation diplômés de l'Etat	14	1	392
Auxiliaires Médicaux en anesthésie-réanimation principaux	15	1	434

EMPLOIS SUPERIEURS	CLASSIFICATION		
	Catégorie	Section	Indice
Auxiliaires médicaux chefs d'équipe.	14	4	416
auxiliaires médicaux surveillants des services médicaux	15	3	472
Auxiliaires médicaux surveillants chefs	15	5	502

## TITRE V

### DISPOSITIONS FINALES

**Article 33 :** Sont abrogées toutes les dispositions contraires au présent décret notamment le décret n°80-112 du 12 Avril 1980 susvisé.

**Article 34 :** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire et prend effet à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 1990.

Fait à Alger, le 27 avril 1991.

**Mouloud HAMROUCHE**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE**

DIRECTION DE LA NORMALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

N° 1412 /DNOSS/MS/90

Alger, le 26 Décembre 1990

A Messieurs

Les D.G des C.H.U

- Les Directeurs de la santé et de la Protection Sociale.

**Objet : *Définition des tâches et nomenclature des actes des T.S.S en Anesthésie Réanimation***

J'ai l'honneur de vous transmettre, ci-joint, l'arrêté portant définition des tâches et nomenclatures des actes des Techniciens Supérieurs en Anesthésie Réanimation.

Le contenu a été arrêté conjointement par les comités pédagogiques en anesthésie réanimation et chirurgie, l'A.N.T.S.A.R et le Ministère.

Il y'a lieu de porter a la connaissance des autres corps paramédicaux qu'un travail similaire les concernant est en voie d'élaboration et fera l'objet d'un arrêté ultérieurement.

Je vous demande de me tenir informé de toutes difficultés nées de l'application du présent Arrêté.

LE DIRECTEUR

**M. DJAZIRI**

**ANNEXE 1**  
**DEFINITION DES TACHES DU T.S.S ANESTHESISTE – REANIMATEUR**

Le T.S.S Anesthésiste Réanimateur exerce sous l'autorité :

**1°/- ADMINISTRATIVE :**

Du Directeur de l'Établissement

**2°/ PEDAGOGIQUE ET SCIENTIFIQUE :**

Du Médecin Chirurgien Chef de Service

**DANS UN SERVICE MEDICALISE EN ANESTHESIE-REANIMATION :**

Du médecin anesthésiste réanimateur responsable, notamment, à travers le protocole d'Anesthésie réanimation (colloque, fiche de consultation d'Anesthésie réanimation). Dûment établi par ledit médecin.

D'une manière générale, le T.S.S Anesthésiste Réanimateur, assume la responsabilité technique de l'anesthésie réanimation dans l'exercice de la profession.

Le T.S.S Anesthésiste Réanimateur est membre de l'équipe d'anesthésie réanimation et d'urgence médicales et chirurgicales. Il est ainsi membre de l'unité d'intervention mobile d'urgences.

Il intervient :

**AU SEIN DE L'EQUIPE D'ANESTHESIE-REANIMATION CHIRURGICALE :**

Il a la charge du malade à opérer dans le domaine de l'Anesthésie réanimation durant ces trois périodes :

La période pré-opératoire

La période per-opératoire

La période post-opératoire

**A/ - MALADE HOSPITALISE :**

**1°/ DURANT LA PERIODE PRE-OPERATOIRE :**

– Durant la journée de consultation d'anesthésie réanimation,

il s'assure de l'état général du malade en l'examinant et en prenant connaissance de son dossier.

b) - Il consigne les résultats de son observation sur le dossier d'anesthésie réanimation.

c) - Il vérifie et complète le bilan pré-opératoire et pré-anesthésique sur le plan clinique et para clinique.

En cas de nécessité, il fait appel à un spécialiste, selon la pathologie concernée.

d) - Il évalue le risque opératoire et anesthésique et donne son accord sur l'aptitude du patient à subir l'intervention.

e) - Il doit se prononcer sur un éventuel report de l'intervention, excepté l'urgence qui ne peut être différée.

Toutefois en cas exceptionnel de divergence d'avis au sein de l'équipe médico-chirurgicale, chaque membre de l'équipe reste responsable dans ces décisions, le technicien Anesthésiste-Réanimateur à le droit de refuser de conduire l'anesthésie-réanimation.

La divergence fera l'objet d'un examen par le conseil médical.

f) - Il assure la préparation du malade à l'intervention tant sur le plan psychologique que thérapeutique.

g) - Il fait le choix de la prémédication, du type et de la technique anesthésique en fonction de l'état général du malade et les risques anesthésiques et chirurgicaux.

Il s'assure de la disponibilité et du fonctionnement du matériel d'anesthésie réanimation nécessaires tant à la phase pré, per que post opératoire.

**2°/ - DURANT LA PERIODE PER-OPERATOIRE :**

- Il veille à l'installation correcte du malade sur la table d'opération et prévient les risques d'accidents de positions.

- Il réalise l'introduction puis conduit l'anesthésie en tenant compte des quatre principaux volets qui comportent éventuellement ceux-ci.

Narcose

Analgésie

Myorésolution

Protection neurovégétative.

- Il suit et s'informe des différents temps de l'acte opératoire qu'il consignera sur la feuille d'anesthésie, seule preuve médico-légale.

Il assure le maintien de l'équilibre des principales fonctions de l'organisme :

respiratoire

cardio-circulatoire

rénale

métabolique

par tous les moyens de réanimation disponible.

- Il consigne sur la feuille d'anesthésie, le niveau d'anesthésie, l'évolution des constantes des principales fonctions, les temps opératoires ainsi que l'ensemble des gestes d'anesthésie et de réanimation pratiqués pendant l'intervention.

Il assure tous les types de ventilations.

Il doit contrôler et surveiller la période de réveil post-anesthésique jusqu'à la récupération totale de la conscience et des principales fonctions autonomes en salle de réveil.

**3°/ - DURANT LA PERIODE POST-OPERATOIRE**

**PERIODE POST-OPERATOIRE IMMEDIATE:**

Il suit son malade en salle de réanimation pour parer à tout incident ou accident en cours de transport.

Il s'assure de la bonne installation du malade dans son lit.

Il procède à la mise en route du traitement post-opératoire et à sa surveillance en collaboration avec l'équipe médico-chirurgicale.

**MALADE NON HOSPITALISE**

**ANESTHESIE AMBULATOIRE :**

- A son niveau, il assure l'examen externe pré-anesthésique, assure et complète le bilan clinique et para-clinique, transcrit les résultats de son observation sur la fiche de consultation et informe l'équipe chirurgicale.

Une fois les conditions pré-anesthésiques remplies, il assure l'anesthésie réanimation de ce patient en respectant les impératifs médico-légaux liés à toute anesthésie ambulatoire.

L'Anesthésiste donne son accord sur la sortie du malade.

**II - AU NIVEAU DE L'EQUIPE MEDICALE HOSPITALIERE :**

**DANS UN SERVICE PORTE OU DE TRI (URGENCE) :**

Il assure la couverture en réanimation des malades présentant une

Détresse d'une ou plusieurs fonctions vitales de l'organisme, jusqu'à leur prise en charge par un service spécialisé.



### **DANS UNE UNITE DE SOINS MOBILES D'URGENCE**

- Il intervient dans les soins des premiers secours sur les lieux d'accidents, notamment dans les cas de grands brûlés, de polytraumatisés, de détresse respiratoire et cardio-vasculaire.

intubation endotrachéale

choix du type de ventilation : Manuelle ou Instrumentale.

### **EN SALLE D'OPERATION :**

Installation du malade sur la table d'opération en fonction du type d'intervention.

Surveillance des différents paramètres (circulatoires – ventilatoires, et autres.....).

Assurer l'entretien de l'anesthésie réanimation en fonction des différents temps opératoires et assurer une éventuelle réanimation.

### **PERIODE POST-ANESTHESIQUE ET POST-ANESTHESIQUE :**

#### **- EN SALLE DE REVEIL :**

Poursuite de la surveillance des différents paramètres des signes de réveil, jusqu'à la récupération complète des fonctions vitales.

Extubation après désobstructions des voies aériennes.

#### **- EN POST OPERATOIRE IMMEDIAT:**

Installation du malade dans son lit, dans la position adéquate.

Veiller à la mise en route et à la prise en charge de la surveillance post-opératoire.

### **- ORGANISATION DU SERVICE :**

Gérer le matériel et le produit pharmaceutiques propres à l'anesthésie réanimation.

Participer à l'élaboration des programmes opératoires

Participer aux gardes médico-chirurgicales

Participer à la formation et à l'encadrement

Organiser et gérer l'équipe des T.S.S en anesthésie-réanimation.

## **ANNEXE 2**

### **NOMENCLATURE DES ACTES DU T.S.S ANESTHESISTE –REANIMATEUR**

#### **A/ - PERIODE PRE-ANESTHESIQUE ET PRE-OPERATOIRE :**

Prendre connaissance de l'observation du malade et de son état général.

Procéder à l'examen pré-anesthésique et réanimation

Vérifier, compléter et interpréter le bilan pré-opératoire en fonction de son état général et du type d'intervention.

Préparer psychologiquement le malade aux actes anesthésiques et chirurgicaux.

Réanimer, si l'état du malade l'exige.

Faire le choix de la prémédication et de la technique de conduite de l'anesthésie (générale, locale et loco-régionale) en fonction de l'état du malade et du type d'intervention.

#### **B/ - PERIODE PER-ANESTHESIQUE ET PRE-OPERATOIRE :**

Vérification de l'arrivée des gaz, du fonctionnement de l'aspiration et des appareils nécessaires à l'anesthésie réanimation ;

S'assurer de la disponibilité des produits anesthésiques, drogues d'urgences et des différents solutés

Assurer la mise en route de l'anesthésie :

Prise des voies d'abord vasculaires (centrale et périphérique)

Installation des perfusions

Contrôler le groupe sanguin du malade et du sang à transfuser

Mise en place d'une sonde vésicale ou gastroduodénale.

Le Chef du Gouvernement

Sur rapport du ministre de la santé ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-116 ;

Vu l'ordonnance n°66-133 du 02 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique, ensemble les textes pris pour son application ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;

Vu le décret n° 68-326 du 30 mai 1968, portant statut particulier des techniciens paramédicaux ;

Vu le décret n°80-112 du 12 avril 1980, portant statut particulier des techniciens supérieurs de la santé.

Vu le décret n°85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administration publiques ;

Vu le décret n° 85-60 du 23 mars 1985 fixant les mesures d'application immédiate du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-46 du 11 mars 1986 fixant à titre transitoire les conditions de recrutement et de gestion des personnels des institutions et administrations publiques en attendant la publication des statuts particuliers et des textes d'application du décret n°85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991, portant statut particulier des personnels paramédicaux.

**Décète:**

**TITRE : I**  
**DISPOSITIONS GENERALES**  
**Chapitre I**  
**Champ d'application**

**Article 1 :** -En application de l'article 4 décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions spécifiques applicables aux corps des sages-femmes et de fixer la nomenclature ainsi que les conditions d'accès aux postes de travail et emplois correspondants auxdits corps.

**Article 2 :** Les sages-femmes exercent en fonction de leurs grades et conformément aux lois et règlements en vigueur, dans les C.H.U, les secteurs sanitaires et dans les établissements hospitaliers spécialisés relevant du ministère de la santé.

Elles peuvent être mise en position d'activité, par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre concerné, dans les établissements publics ayant des activités similaires à celles des établissements énumérés à l'alinéa précédent et ne relevant pas du ministère de la santé.

A titre exceptionnel, elles peuvent être en position d'activité au niveau de l'administration centrale du ministère de la santé.

**Chapitre II**  
**Droits et obligations**

**Article 3 :** Les travailleurs régis par les dispositions du présent statut sont soumis aux droits et obligations prévus par le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Ils sont, en outre, assujettis aux règles précisées par le règlement intérieur spécifique à l'administration qui les emploie.

**Article 4 :** Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les sages-femmes bénéficient :

Du transport pour les personnels astreints à un travail de nuit ou une garde.

Les conditions dans lesquelles le transport est assuré sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

De prestation en matière de cantine dans les structures de santé, la restauration est gratuite pour le personnel de garde ;

D'une protection spéciale à l'occasion et durant l'exercice de leur fonction .A cet effet elles bénéficient du concours des autorités concernées,

De l'habillement pour certaines catégories de personnels dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

D'une chambre de garde.

**Article 5 :** Les sages-femmes quel que soit leur poste de travail et en toute circonstance nécessitant leur concours, sont astreintes dans le cadre des missions qui leurs sont dévolues :

Aux gardes réglementaires organisées au sein du service ou de l'établissement.

l'exercice de leur fonctions ce jour comme de nuit et, le cas échéant, au delà de la durée légale de travail dont les conditions fixées par la législation en vigueur,.

à une disponibilité permanente.

**Chapitre III**  
**Recrutement - période d'essai**

**Article 6 :** Nonobstant les dispositions prévues par le présent statut en application des articles 34 et 33 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les proportions fixées pour le recrutement peuvent être modifiées par arrêté conjoint de l'administration chargée de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique, après avis de la commission du personnel compétente.

Toutefois, ces modifications sont limitées à la moitié au plus des taux fixés pour les modes de recrutement par voie d'examen professionnel et de liste d'aptitude, sans que l'ensemble des proportions de recrutement interne ne dépassent le plafond de 50% des postes à pourvoir.

**Article 7 :** Les candidates recrutées dans les conditions prévues par le présent statut sont nommées en qualité de stagiaires par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

**Article 8 :** En application des dispositions des articles 40 et 41 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les stagiaires sont soumises à une période d'essai renouvelée une fois le cas échéant est fixée à :

6 mois pour les emplois classés dans les catégories de 10 à 13

9 mois pour les emplois classés dans les catégories de 14 à 20.

La confirmation des sages-femmes est subordonnée à leur inscription sur une liste d'aptitude arrêtée, sur rapport motivé du responsable hiérarchique, par un jury dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont fixes conformément à la réglementation en vigueur.



## Chapitre IV Avancement – formation – promotion

**Article 9 :** Les rythmes d'avancement applicables aux sages-femmes sont fixés selon les trois durées et les proportions prévues à l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Toutefois, les titulaires d'emplois présentant un taux élevé de pénibilité ou de nuisance dont la liste est fixée par le décret pris en application des dispositions de l'article 7 de la loi n° 83-12 du 02 Juillet 1983 relative à la retraite, bénéficient des deux rythmes d'avancement selon les durées minimale et moyenne, aux proportions respectives de 6 et 4 sur 10 fonctionnaires conformément aux dispositions de l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 sus-visé.

**Article 10 :** L'organisme employeurs est tenu :

d'assurer la formation, le perfectionnement et le recyclage des sages-femmes en vue d'une amélioration constante de leur qualification et de leur promotion.

d'assurer l'actualisation de leur connaissances en vue de l'acquisition de nouvelles compétences techniques et administratives liées aux besoins du secteur de la santé et aux exigences de la médecine moderne.

les conditions d'organisation de la formation seront fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 11 :** Sous réserve des dispositions de l'article 124 du décret n° 85-59 du

23 mars 1985 susvisé, les sages-femmes confirmées, remplissant à partir de la date de leur recrutement la condition d'ancienneté exigée pour l'avancement au premier échelon, sont promus nonobstant la procédure d'inscription au tableau d'avancement tel que prévue par l'article 76 du décret n°85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

## Chapitre V Dispositions générales d'intégration

**Article 12 :** Pour la constitution initiale des corps institués par le présent décret, il est procédé à l'intégration, à la confirmation et au reclassement des fonctionnaires titulaires et stagiaires ou confirmés en application du décret n° 86-46 du 11 mars 1986 susvisé et des travailleurs stagiaires dans les conditions fixées par les dispositions des articles 137 à 145 du décret n° 85-59 du 23 Mars 1985 susvisé et les dispositions du présent décret.

**Article 13 :** Les fonctionnaires titulaires en application de la réglementation qui leur est applicable ou confirmés en application du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, sont intégrés, confirmés et rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détenaient dans le corps d'origine, tout droit à l'avancement pris en compte .

Le reliquat d'ancienneté dégagé dans le corps d'origine est utilisé pour l'avancement dans le corps d'accueil.

**Article 14 :** Les travailleurs non confirmés à la date d'effet du présent statut sont intégrés en qualité de stagiaires et confirmés, si leur manière de servir est jugée satisfaisante des qu'ils ont accompli le période d'essai réglementaire prévue par le corps d'accueil.

Ils conservent une ancienneté égale à la durée ces services qu'ils ont accomplis à compter de la date de leur recrutement, cette ancienneté est utilisable pour l'avancement d'échelon dans leur nouvelle catégorie et section de classement.

**Article 15 :** A titre transitoire et pendant une période de cinq (5) ans, à compter de la date d'effet du présent statut, l'ancienneté exigée pour la promotion à un grade ou à un poste supérieur des fonctionnaires intégrés dans les grades autres que ceux correspondants aux corps précédemment créés, en application de l'ordonnance n° 66-133 du 02 juin 1966 susvisée, est appréciée cumulativement au titre de grade d'origine et du grade d'intégration.

**Article 16 :** Les décisions portant confirmation, promotion, mouvement et cessation de fonction des travailleurs régis par le présent statut, font l'objet d'une publication par voie d'insertion au bulletin officiel de l'administration chargée de la santé.

Ces décisions sont, dans tous les cas, notifiées individuellement aux intéressés

## TITRE II DISPOSITIONS APPLICABLES AUX CORPS SAGES-FEMMES

### Chapitre I Corps des sages femmes

**Article 17 :** Le corps des sages-femmes comprend deux grades :

- Le grade des sages-femmes
- Le grade des sages-femmes majors.

#### Section 1 Définition des tâches

**Article 18 :** Conformément aux dispositions de l'article 222 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée, sus-visée, les sages-femmes sont chargées sous l'autorité du responsable hiérarchique :

d'assurer les consultations pré et post natales,  
de diagnostiquer et de surveiller les grossesses,  
de pratiquer les accouchements,  
de prescrire et d'appliquer les méthodes d'espacement des naissances,  
d'assurer les vaccinations de la mère et de l'enfant âgé de moins de six (6) ans,  
de surveiller la croissance staturo-pondérale des enfants âgés de moins de six (6) ans.

Elles participent aux actions d'éducation sanitaire.

**Article 19 :** Outre les tâches figurant à l'article 18 ci-dessus, les sages-femmes majors sont chargées, sous l'autorité du responsable hiérarchique de coordonner le travail d'une équipe de sages-femmes de garde, de veiller à la disponibilité du matériel et des médicaments nécessaires à la garde ainsi qu'à la bonne prise en charge des parturientes.

elles veillent à la transmission des consignes.  
elles participent à l'encadrement des stagiaires sages-femmes.

**Article 20 :** La nomenclature des actes du corps des sages-femmes est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

#### Section 2 Conditions de recrutement

**Article 21 :** Les sages-femmes sont recrutées sur titre, parmi les candidates titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant suivi une formation spécialisée de trois années dans les écoles paramédicales, des Instituts technologiques de la santé publique ou d'autres établissements de formation spécialisée dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 22 :** Les sages-femmes major sont recrutées :

1/ Par voie d'examen professionnel parmi les sages-femmes justifiant de 5 années d'ancienneté en cette qualité.

2/ Au choix dans la limite de 10% des postes à pourvoir parmi les sages-femmes justifiant de 10 Années d'ancienneté en cette qualité et inscrites sur une liste d'aptitude.

### **Section 3** **Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 23 :** Sont intégrées dans le grade des sages-femmes :  
Les techniciennes supérieures de la santé en soins obstétricaux titulaires et stagiaires,

**Article 24 :** Sont intégrées dans le grade des sages-femmes majors, Les techniciennes supérieures de la santé de la filière soins obstétricaux justifiant de 10 années d'ancienneté en cette qualité et occupant l'emploi de sage-femme major, de sage-femme chef d'unité ou de maîtresse sage-femme durant au mois trois (3) années.

### **Chapitre II** **Les postes supérieurs**

**Article 25 :** Par application des articles 9 et 10 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des postes supérieurs du corps des sages-femmes est fixée comme suit :

- sages-femmes chefs d'unité,
- maîtresse sages-femmes,
- sages-femmes inspecteurs.

### **Section 1** **Définition des tâches**

**Article 26 :** Les sages-femmes chefs d'unité sont chargées, sous l'autorité du responsable hiérarchique, de l'encadrement, de l'organisation et de la coordination du travail des sages-femmes et des personnels de service affectés dans leurs unités. Elles veillent à l'exécution des prescriptions médicales.

Elles organisent les visites médicales, y préparent les malades et veillent à alimenter l'unité en matériel, produits et accessoires nécessaires à son bon fonctionnement.

Elles sont responsables de l'hygiène des malades et des locaux ainsi que de la surveillance des régimes alimentaires.

Elles participent à l'encadrement des élèves sages-femmes et à l'élaboration des listes de garde.

**Article 27 :** Les maîtresses sages-femmes sont chargées, sous l'autorité du responsable hiérarchique d'organiser, de coordonner et d'évaluer le travail de l'ensemble des sages-femmes et des autres personnels paramédicaux et de service affectés dans leurs services. Elles veillent au mouvement des personnels, à la discipline et à la qualité des actes des sages-femmes.

Elles assurent les liaisons avec l'administration et les autres services médicaux et techniques.

**Article 28 :** Les sages-femmes inspecteurs sont chargées, sous l'autorité du responsable hiérarchique au niveau du secteur sanitaire et de la direction de la santé et de la protection sociale de wilaya :

- d'inspecter les activités de protection de la santé maternelle et infantile, de la planification familiale et d'obstétrique dans les structures de santé relevant de la responsabilité des sages-femmes (maternités publiques et privées de sages-femmes) ;
- d'impulser et de superviser les programmes nationaux de santé publique, notamment ceux liés à la protection de la santé maternelle et infantile et à la planification familiale ;
- de contrôler les conditions d'exécution des activités précitées ;
- de participer au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé dans les domaines précités ;
- participer à toute étude ou enquête menée dans le domaine de leurs activités.

### **Section 2** **Conditions de nomination**

**Article 29 :** Les sages-femmes chefs d'unité sont nommées parmi :  
les sages-femmes majors justifiant de trois (3) années d'exercice effectif en cette qualité,  
les sages-femmes justifiant de huit (8) années d'exercice effectif en cette qualité.

**Article 30 :** Les maîtresses sages-femmes sont nommées parmi :  
1/ Les sages-femmes chefs d'unité justifiant de trois (3) années d'ancienneté en cette qualité,  
2/ Les sages-femmes majors justifiant de huit (8) années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 31 :** Les sages-femmes inspecteurs sont nommées parmi :  
1/ Les maîtresses sages-femmes justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité,  
2/ Les sages-femmes chefs d'unité justifiant de 12 années d'années d'exercice effectif en cette qualité.

**Article 32 :** Les sages femmes candidates aux postes supérieurs sont inscrites sur une liste d'aptitude établie après avis de la commission du personnel.

### **SECTION 3** **Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 33 :** Sont nommées à l'emploi supérieur de sage-femme chef d'unité, les techniciennes supérieures de la santé en soins obstétricaux justifiant de 8 années d'ancienneté en cette qualité dont 3 années dans les fonctions de sage-femme major ou de sage-femme chef d'unité.

**Article 34 :** Sont nommées à l'emploi supérieur de maîtresses sage-femme, les techniciennes supérieures de la santé en soins obstétricaux justifiant de 12 années d'ancienneté en cette qualité dont 3 années au moins dans les fonctions de sage-femme chef de service.

**TITRE III  
CLASSIFICATION**

**Article 35 :** En application des dispositions de l'article 69 du décret n°85-59 du 12 mars 1985 sus-visé, le classement des postes de travail, emplois et corps spécifiques aux sages-femmes est fixé conformément au tableau ci-après :

CORPS	GRADE	CLASSEMENT		
		Catégorie	Section	Indice
Sages-femmes	Sages-femmes	14	1	392
	Sages-femmes majors	15	1	434

POSTES SUPERIEURS	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Sages-femmes chefs d'unité.	15	3	452
Maitresses sages-femmes.	15	5	472
Sages-femmes inspecteurs	16	3	502

**TITRE IV  
DISPOSITIONS FINALES**

**Article 36 :** Sont abrogées les dispositions contraires au présent décret notamment le décret n°80-112 du 12 Avril 1980 et le décret n° 68-326 du 30 mai 1968 susvisés.

**Article 37 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire et prend effet à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 1990.

Fait à Alger, le 27 avril 1991.

**Mouloud HAMROUCHE**

LE MINISTRE

لوزير

**N° 09/MSP/MIN/SP**

**DESTINATAIRES :**

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé et de la population de la wilaya : pour application, suivi et diffusion aux directeurs des EHS et des secteurs sanitaires pour exécution.

Messieurs les Directeurs Généraux des CHU pour exécution.

En communication aux sages-femmes, par voie d'affichage dans les structures sanitaires concernées.

**Objet : *Situation administrative des sages-femmes.***

La sage-femme constitue un maillon essentiel dans la chaîne des intervenants de la santé publique et son rôle est primordial dans la mise en œuvre des programmes nationaux, visant notamment la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles.

Je vous rappelle à cet effet, les termes de l'instruction n°04 du 31 juillet 2001 ; portant renforcement du programme de santé reproductive et planification familiale, et de la note n°403 du 13 Août 2001, relative à la prise en charge de la santé maternelle et néonatale.

La mobilisation des sages-femmes, autour des objectifs de relance des activités de PMI et de santé reproductive, fixés pour le court terme, exige l'amélioration de leurs conditions de travail et notamment, la mise en œuvre d'un plan de carrière, en application de la réglementation en vigueur. Or, il m'a été donné de constater que les dispositions prévues par le décret n°91-110 du 27 avril 1991 ne sont pas toujours appliquées dans les délais requis.

Aussi, est-il demandé, à l'ensemble des gestionnaires concernés, de prendre les mesures utiles en vue de régulariser la situation administrative des sages-femmes exerçant actuellement dans le secteur public, sur la base d'une liste d'aptitude établie au niveau de chaque secteur sanitaire ou CHU.

La perception d'une perspective d'évolution de carrière, établie dans la transparence et le respect de la réglementation en vigueur, constitue en effet une condition nécessaire au rétablissement de la confiance dans les institutions et au renforcement de la motivation des personnels de santé dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes.

Je compte donc sur votre diligence pour l'application de cette note circulaire et vous demande de me tenir informé des mesures engagées en ce sens.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Abdelhamid ABERKANE**

**ARRETE N° 21 / MS / DU 27 MARS 1991 PORTANT NOMENCLATURE DES ACTES DES SAGES-FEMMES**

Le ministre de la santé,

Vu la loi 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la promotion et à la protection de la santé et notamment ses articles 196, 217, 221, 222, et 225;

Vu le décret n° 81-242 du 05 septembre 1981 modifié et complété, portant organisation des secteurs sanitaires;

Vu le décret n° 81-243 du 05 septembre 1981, modifié et complété, portant création des établissements hospitaliers spécialisés;

Vu le décret exécutif n° 86-25 du 11 février 1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires;

Vu le décret exécutif n° 90-124 du 30 avril 1990 fixant les attributions du ministre de la Santé.

ARRETE :

**Article 1<sup>er</sup>** : La nomenclature des actes des Sages-femmes est fixée, conformément à l'annexe ci-jointe.

**Article 2** : Les directeurs généraux des C.H.U, les directeurs des secteurs sanitaires, les directeurs des E.H.S, ainsi que les Chefs de services concernés sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Alger, le 27 mars 1991

**Hamid SIDI SAID**

## ANNEXE

### NOMENCLATURE DES ACTES DE LA SAGE-FEMME

Cette nomenclature se base sur l'enseignement théorique et pratique de la sage-femme.

Elle se limite à la définition des actes relevant de la capacité professionnelle de la sage-femme qui comporte la pratique des actes nécessaires à l'exercice de ses multiples tâches : surveillance de la grossesse, diagnostic, préparation psychoprophylactique de l'accouchement normal, surveillance et pratique de l'accouchement, surveillance post-natale, prescription et application d'une contraception, vaccination de la population dont elle a la charge, surveillance de la croissance staturo-pondérale du nourrisson jusqu'à 1 an.

La sage-femme est une partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire de la santé.

Elle exerce une profession médicale à compétence limitée.

Elle exerce cette activité en étroite collaboration avec le médecin, l'infirmière et la puéricultrice.

#### **Son rôle est de :**

Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant.

Participer à la politique de l'espacement des naissances.

Pratiquer, enseigner, participer à la recherche.

#### **Son champ d'action concerne :**

La femme

La mère

Le nouveau-né et le nourrisson

Le couple.

La sage-femme exerce aussi bien dans le secteur public, privé : maternité, P.M.I, centre d'espacement de naissance.

#### **Vis-à-vis de la femme :**

#### **CHAPITRE I :**

Durant la consultation prénatale, post-natale, de l'urgence obstétricale, et l'espacement des naissances.

Accueillir et installer la patiente ou parturiente.

Tenir le registre de consultation.

Etablir le dossier médical (état civil et observations).

Etablir le carnet de santé.

Faire l'interrogatoire (anamnèse), prendre les constantes : température, tension artérielle, pouls, respiration.

Prise du poids de la taille.

Appréciation de l'état général

Pratiquer l'examen obstétrical ou gynécologique

Inspection

Palpation

Auscultation

Toucher vaginal

Examen au spéculum

Faire les examens d'urines et de sang instantanés : chimie des urines, glycémie.

Demander, interpréter et vérifier les examens sanguins et urinaires en fonction de l'état de la patiente.

Demander les examens para cliniques dans le cadre de sa profession : radio du contenu utérin, (échographie, amnioscopie, monitoring).

Poser le diagnostic et pronostic : prise en charge, orientation ou évacuation dans les meilleures conditions.

Prescrire les médicaments utilisés et autorisés dans le cadre de sa profession.

Administer les médicaments utilisés et autorisés dans le cadre de sa profession.

Demander l'échographie, l'interpréter si elle justifie d'une qualification réglementaire.

Assurer le bilan pré-opératoire et le traitement d'urgence en attendant la prise en charge en milieu spécialisé.

Délivrer les certificats de consultation de grossesse.

Délivrer les certificats de congé légal de maternité

Prescrire et pratiquer la vaccination anti-tétanique.

Déceler les dystocies d'origine maternelle et fœtale et les orienter.

Assurer et pratiquer le suivi des grossesses normales.

## **CHAPITRE II**

### **Durant la période du post-partum**

Surveiller la poste accouchée durant son hospitalisation.  
Pratiquer la consultation (voir chapitre I)  
Prise des constantes : température, T.A. pouls, diurèse et respiration, éventuellement prescrire et appliquer la vaccination anti-D dans les 72 Heures qui suivent l'accouchement, assurer l'ablation.  
Assurer les soins des seins.  
Assurer la toilette vulvo-vaginale.  
Assurer l'ablation des fils de l'épisiotomie.  
Surveiller l'involution utérine, les lochies, le saignement et les selles.  
Surveiller la montée laiteuse  
Assurer le lever précoce  
Dépister et orienter les phlébites.  
Informé, sensibiliser à la contraception.  
Prescrire les médicaments autorisés.  
Procéder à la sortie de l'accouchée.

## **CHAPITRE III**

### **Durant la période du post-natale :**

Mise à jour du dossier et du carnet de santé.  
Sensibiliser les femmes et prescrire la contraception.  
Pratiquer la consultation (voir chapitre I) .  
Prescrire et appliquer les méthodes de contraception.  
Etablir le dossier médical.  
Assurer l'éducation sanitaire.  
INSP/NOMENC/4  
Pratiquer à la surveillance des femmes à risque.  
Orienter les stérilités.  
Pratiquer le frottis dans le cadre de dépistage du cancer du col. Préparation psycho-prophylactique de l'accouchement

## **CHAPITRE IV**

### **Durant le déroulement du travail et de l'accouchement :**

Identification de la parturiente.  
Consultation (cf. chapitre I)  
Etablir un bulletin d'admission et le dossier médical.  
Veiller aux conditions d'hospitalisation (conditions d'hygiène, disponibilité de matériel et médicament et au bon fonctionnement du bloc d'accouchement y compris la table de réanimation).  
Assurer la préparation de la parturiente en vue de son accouchement, lavement évacuateur, sondage vésical, injection intra-musculaire, sous-cutanée, intra-dermique, veineuse et mise en place d'une perfusion, d'une transfusion sanguine après test, ponction veineuse.  
Pratiquer l'oxygénothérapie.  
Mettre en route et surveiller le traitement spécifique sur prescription médicale.  
Placer et surveiller la parturiente sous monitoring.  
Surveiller le déroulement du travail, faire le partogramme.  
Dépister toute anomalie et en discuter avec l'obstétricien.  
Pratiquer la rupture artificielle de la poche des eaux.  
Pratiquer l'infiltration des nerfs honteux internes, après test.  
Pratiquer l'épisiotomie et sa réfection.  
Pratiquer l'accouchement normal.  
Pratiquer la délivrance normale.  
Pratiquer la délivrance manuelle.  
Pratiquer une révision utérine et pratiquer un examen sous valve.  
Pratiquer une injection intra-murale.  
Participer aux césariennes éventuellement (recueil de l'enfant).  
Pratiquer la version par manœuvre interne du 2eme jumeau.  
Grande extraction du siège, Mauriceau, Bracht, Jacquemier, Braxton-Hich et Simpson.  
Etablissement du protocole d'accouchement sur le registre des naissances (numérotés).  
Déclarer les naissances.  
Délivrer le certificat d'accouchement.  
Surveiller l'accouchée dans le post-partum immédiat.  
Délivrer les congés de maternité légale.

**Décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991 portant statut particulier des directeurs d'administration  
sanitaire (D.A.S).**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;  
Vu le décret n° 68-324 du 30 mai 1968, portant statut particulier des directeurs d'administrations hospitalières ;  
Vu le décret n° 68-325 du 30 mai 1968 portant statut particulier des économistes des établissements hospitaliers ;  
Vu le décret n° 68-337 du 30 mai 1968, portant statut particulier des inspecteurs de la population et de l'action sociale ;  
Vu le décret n° 82-495 du 18 décembre 1982, portant statut particulier du corps des inspecteurs principaux de la santé ;  
Vu le décret n° 82-496 du 18 décembre 1982, portant statut particulier du corps des directeurs d'administration sanitaire ;  
Vu le décret 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret n° 85-60 du 23 mars 1985 fixant les mesures d'application immédiate du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et des administrations publiques ;  
Vu le décret n° 86-25 du 11 février 1986, modifié portant statut type des centres hospitalo-universitaires ;  
Vu le décret n° 86-46 du 11 mars 1986 fixant, à titre transitoire les conditions de recrutement et de gestion des personnels des institutions et administrations publiques en attendant la publication des statuts particuliers et des textes d'application du décret 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;  
Vu le décret n° 88-85 du 12 avril 1988, portant création, missions et organisation de l'école nationale de santé publique.

**Décrète :**

**TITRE I  
DISPOSITIONS GENERALES  
Chapitre I  
Champ d'application**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application de l'article 4 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions spécifiques applicables aux corps des directeurs d'administration sanitaire et de fixer la nomenclature ainsi que les conditions d'accès aux postes de travail et emplois correspondants auxdits corps.

**Article 2 :** Les directeurs d'administration sanitaire assurent en fonction de leurs grades et conformément aux lois et règlements en vigueur, l'administration et la gestion des secteurs sanitaires, des établissements hospitaliers spécialisés, des CHU et des établissements de formation relevant du ministère de la santé .

Ils peuvent être mis en position d'activité par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre concerné dans les établissements ayant des activités similaires à celles des établissements énumérés à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus et ne relevant pas du ministère de la santé ;

A titre exceptionnel, ils peuvent être en position d'activité au niveau de l'administration centrale.

**Chapitre II  
Droits et obligations**

**Article 3 :** Les travailleurs régis par les dispositions du présent statut sont soumis aux droits et obligations prévus par le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, susvisé.

Ils sont, en outre, assujettis aux règles précisées par le règlement intérieur spécifique à l'administration qui les emploie.

**Article 4 :** Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les directeurs d'administrations sanitaires bénéficient : du transport pour les personnels astreint à un travail de nuit ou à une garde.

Les conditions dans lesquelles le transport est assuré, sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique,

des prestations en matière de cantine dans les structures de santé. La restauration est gratuite pour le personnel de garde, d'une protection spéciale à l'occasion et durant l'exercice de leur fonction. A cet effet ils bénéficient du concours des autorités concernées.

**Article 5 :** Les directeurs d'administration sanitaire quel que soit leur poste de travail et en toute circonstance nécessitant leur concours, sont astreints dans le cadre des missions qui leurs sont dévolues :

aux gardes réglementaires organisées au sein du service ou de l'établissement,  
à une disponibilité permanente.

**Chapitre III  
Recrutement – période d'essai**

**Article 6 :** Nonobstant les dispositions prévues par le présent statut en application des articles 34 et 35 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les proportions fixées pour le recrutement peuvent être modifiées par arrêté conjoint de l'administration chargée de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique, après avis de la commission du personnel compétente.

Toutefois, ces modifications sont limitées à la moitié au plus des taux fixés pour les modes de recrutement par voie d'examen professionnel et de liste d'aptitude, sans que l'ensemble des proportions de recrutement ne dépassent le plafond de 50% des postes à pourvoir.

**Article 7 :** Les candidats recrutés dans les conditions prévues par le présent statut sont nommés en qualité de stagiaires par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

**Article 8 :** En application des dispositions des articles 40 et 41 du décret 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les stagiaires sont soumis à une période d'essai fixée à 9 mois renouvelable une fois le cas échéant.

La confirmation des directeurs d'administration sanitaires est subordonnée à leur inscription sur une liste d'aptitude arrêtée, sur rapport motivé du responsable hiérarchique, par un jury dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont fixés conformément à la réglementation en vigueur.

**Chapitre IV  
Avancement – formation – promotion**

**Article 9 :** Les rythmes d'avancement applicables aux directeurs d'administration sanitaire sont fixés selon les trois durées et les proportions prévues à l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Toutefois, les titulaires d'emplois présentant un taux élevé de pénibilité ou de nuisance dont la liste est fixée par le décret pris en application des dispositions de l'article 7 de la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983 relative à la retraite, bénéficient des deux rythmes d'avancement selon les durées minimale et moyenne, aux proportions respectives de 6 et 4 sur 10 fonctionnaires conformément aux dispositions de l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.



**Article 10 :** L'administration est tenue :

d'assurer la formation, le perfectionnement et le recyclage des directeurs d'administration sanitaire en vue d'une amélioration constante de leur qualification et de leur promotion,

d'assurer l'actualisation de leurs connaissances en vue de l'acquisition de nouvelles compétences techniques et administratives liées aux besoins du secteur de la santé et aux exigences de la médecine moderne.

Les conditions d'organisation de la formation seront fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 11 :** Sous réserves des dispositions de l'article 124 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les directeurs d'administration sanitaire confirmés, remplissant à partir de la date de leur recrutement la condition d'ancienneté exigée pour l'avancement au premier échelon, sont promus nonobstant la procédure d'inscription au tableau d'avancement tel que prévue par l'article 76 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

## **Chapitre V Dispositions générales d'intégration**

**Article 12 :** Pour la constitution initiale des corps institués par le présent décret, il est procédé à l'intégration, à la confirmation et au reclassement des fonctionnaires titulaires et stagiaires ou confirmés en application du décret n° 86-46 du 11 mars 1986 susvisé et des travailleurs stagiaires dans les conditions fixées par les dispositions des articles 137 à 145 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé et les dispositions du présent décret.

**Article 13 :** Les fonctionnaires titulaires en application de la réglementation qui leur est applicable ou confirmés en application du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, sont intégrés, confirmés et rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détenaient dans le corps d'origine, tout droit à l'avancement pris en compte.

Le reliquat d'ancienneté dégagé dans le corps d'origine est utilisé pour l'avancement dans le corps d'accueil.

**Article 14 :** Les travailleurs non confirmés à la date d'effet du présent statut sont intégrés en qualité de stagiaires et confirmés, si leur manière de servir est jugée satisfaisante dès qu'ils ont accomplis la période d'essai réglementaire prévue dans le corps d'accueil.

**Article 15 :** A titre transitoire et pendant une période de cinq ans, à compter de la date d'effet du présent statut, l'ancienneté exigée pour la promotion à un grade ou à un poste supérieur des fonctionnaires intégrés dans les grades autres que ceux correspondants aux corps précédemment créés, en application de l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966 susvisée, est appréciée cumulativement au titre du grade d'origine et du grade d'intégration.

**Article 16 :** Les décisions portant confirmation, promotion, mouvement et cessation de fonction des travailleurs régis par le présent statut, font l'objet d'une publication par voie d'insertion au bulletin officiel de l'administration chargée de la santé.

Ces décisions sont, dans tous les cas, notifiées aux intéressés.

## **TITRE II DISPOSITIONS APPLICABLES AU CORPS DES DIRECTEURS D'ADMINISTRATION SANITAIRE Chapitre I Corps des directeurs d'administration sanitaire**

**Article 17 :** Le corps des directeurs d'administration sanitaire comprend les grades suivants :

- le grade des directeurs d'administration sanitaire de 3<sup>e</sup> classe,
- le grade des directeurs d'administration sanitaire de 2<sup>e</sup> classe,
- le grade des directeurs d'administration sanitaire de 1<sup>e</sup> classe,
- le grade des directeurs d'administration sanitaire hors classe

### **Définition des tâches**

**Article 18 :** Les directeurs d'administration sanitaire sont chargés de l'administration générale dans les établissements hospitaliers spécialisés, dans les secteurs sanitaires, dans les centres hospitalo-universitaires et dans d'autres structures de santé et de formation relevant de l'administration chargée de la santé ;

Ils sont responsables de leur gestion dans le cadre des lois et règlements ;

Ils peuvent en outre, être chargés selon leurs grades :

de traduire en mesures exécutoires les principes contenues dans les textes législatifs et réglementaires et veillent au respect des règles et procédures en vigueur ;

d'instruire les affaires générales relatives à l'application des lois et règlements au secteur de la santé, d'élaborer les instructions

nécessaires à la mise en œuvre de la réglementation et de veiller à leur exécution ;

de concevoir et de réaliser tout projet d'étude, instrument ou procédure liés à leur domaine d'activité ;

d'assurer des missions de conseil ou d'assistance auprès de l'administration sanitaire ;

de participer à la formation des personnels de santé ;

d'étudier et de proposer toute mesure de nature à améliorer l'organisation et la gestion des établissements de santé ;

d'effectuer des missions d'expertise, d'inspection et de contrôle des structures et établissements relevant de l'administration sanitaire.

### **Section 2 Conditions de recrutement**

**Article 19 :** Les directeurs d'administration sanitaire de 3<sup>e</sup> classe sont recrutés :

1/ sur titre, parmi les candidats justifiant de la deuxième année de licence dans les spécialités en rapport avec les missions de gestion suivie d'une formation de deux (2) semestres à l'école de santé publique

Les listes des établissements et des spécialités prévues à l'alinéa ci-dessus sont fixées respectivement par un arrêté conjoint du ministre de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique et par arrêté portant ouverture du concours

2/ Par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les assistants administratifs principaux justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité dans l'administration sanitaire ;

3/ Au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les assistants administratifs principaux justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité dans l'administration sanitaire et inscrits sur une liste d'aptitude.

Les candidats recrutés dans le cadre des dispositions fixées dans les 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> ci-dessus sont astreints à un stage de formation spécialisée préalable à leur confirmation.

**Article 20 :** Les directeurs d'administration sanitaire de deuxième classe sont recrutés :

1/ sur titre, parmi les candidats ayant accomplis avec succès de deux (2) années d'enseignement supérieurs dans les spécialités en rapport avec les missions de gestion et ayant suivis une formation de deux (2) à l'école nationale de santé publique ou dans d'autres établissements de formation spécialisée.

Les listes des établissements et des spécialités prévues ci-dessus sont fixées respectivement par un arrêté conjoint du ministre de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique par arrêté portant ouverture du concours.

2/ Par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les D.A.S. de 3<sup>e</sup> classe justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité.

3/ Au choix, dans la limite de 10% des postes à pourvoir, parmi les D.A.S. de 3<sup>e</sup> classe justifiant de dix (10) années d'ancienneté en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 21 :** Les directeurs d'administration sanitaire de 1<sup>er</sup> classe sont recrutés :

- Par voie de concours, sur titre, parmi les candidats titulaires d'un diplôme de post-graduation spécialisé dans le domaine de la gestion sanitaire ou d'un titre reconnu équivalent ;  
Par voie d'examen professionnel, dans la limite de 30% des postes à pourvoir, parmi les D.A.S. de 2<sup>e</sup> classe justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité.

Les candidats admis sont astreints à un stage de formation spécialisé préalable à leur confirmation.

**Article 22 :** Les directeurs d'administration sanitaire hors classe sont recrutés, dans la limite des postes à pourvoir, parmi les D.A.S. de 1<sup>er</sup> classe ayant cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité, justifiant de travaux d'études, de recherche ou de missions dans le domaine de la gestion et inscrits sur une liste d'aptitude établie par l'autorité ayant pouvoir de nomination, après avis de la commission du personnel.

### Section 3

#### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 23 :** Sont intégrés dans le grade des directeurs d'administration sanitaire de 3<sup>e</sup> classe, les directeurs d'administration sanitaire de 3<sup>e</sup> classe titulaires et stagiaires.

Peuvent être intégrés, après avis de la commission du personnel, les attachés d'administrations et les corps équivalents chargés des fonctions de directeurs d'administration sanitaire et inscrits sur une liste d'aptitude.

**Article 24 :** Sont intégrés dans le grade des directeurs d'administration sanitaire de 2<sup>e</sup> classe :

1 / les directeurs d'administration sanitaire de 2<sup>e</sup> classe titulaires et stagiaires ;

peuvent être intégrés, après avis de la commission du personnel, et inscrits sur une liste d'aptitude :

les directeurs d'administration sanitaire de 3<sup>e</sup> classe justifiant de cinq (5) années de service d'effectif en cette qualité et ayant occupé une fonction supérieure ou dirigé un établissement de catégorie supérieure à leurs grades ou occupé un poste supérieur de niveau équivalent durant au moins trois (3) ans.

Les directeurs d'administration sanitaire justifiant de dix (10) années de service effectif ;

Les Administrateurs assurant les fonctions de directeurs d'administration sanitaire justifiant de cinq (5) ans de service effectif en cette qualité et ayant occupé une fonction supérieure ou dirigé un établissement de catégorie supérieure à leurs grades ou occupé un poste supérieur de niveau équivalent durant au moins trois ans.

**Article 25 :** Sont intégrés dans le grade des directeurs d'administration sanitaire de 1<sup>er</sup> classe :

les directeurs d'administration sanitaire de 1<sup>ère</sup> classe titulaires et stagiaires ;

les directeurs d'administration sanitaire de 2<sup>e</sup> classe, justifiant de cinq (5) années de service effectif en cette qualité et ayant occupé une fonction supérieure ou dirigé un établissement de catégorie supérieure à leurs grades ou occupé un poste supérieur de niveau équivalent durant au moins trois ans.

### Chapitre II

#### Les postes supérieurs

**Article 26 :** Par application des articles 9 et 10 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, la liste des emplois supérieurs des directeurs d'administration sanitaire est fixée comme :

1/ au titre des centres hospitalo-universitaires :

Secrétaire général ;

Directeurs ;

Sous directeurs ;

Directeur d'unité ;

Chef de bureau

2/ Au titre des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés et ce conformément aux décrets n° 81-242 et 81-243 du 05 septembre 1981 portant création et organisation des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés :

Directeur et directeur adjoint de secteur sanitaire ou d'établissement hospitalier spécialisé de catégorie \*A\* ;

Directeur et directeur adjoint de secteur sanitaire ou d'établissement hospitalier spécialisé de catégorie \*B\* ;

Directeur ou directeur adjoint de secteur sanitaire ou d'établissement hospitalier spécialisé de catégorie \*C\*.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 27 :** Les secrétaires généraux, les directeurs, les sous directeurs, les directeurs d'unités hospitalières et les chefs de bureaux de CHU sont chargés sous l'autorité du directeur général ou du responsable hiérarchique, des tâches telles que définies respectivement par les dispositions des articles 24 à 36 du décret n° 86-25 du 11 février 1986 susvisé et des articles 1 et 3 du décret n° 86-294 du 16 décembre 1986 susvisé.

**Article 28 :** Quelques soit leur grade dans le corps des directeurs d'administration sanitaire et la catégorie de classement de l'établissement de santé, les directeurs des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés, sont chargés, conformément à la réglementation en vigueur, d'assurer la gestion et le bon fonctionnement des établissements de santé.

Ils sont responsables du maintien de l'ordre et de la discipline et exercent l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels placés sous leur autorité.

**Article 29 :** Les directeurs adjoints de secteurs sanitaires ou d'établissements hospitaliers spécialisés sont chargés sous l'autorité du directeur d'assurer la responsabilité de l'une des structures dont les attributions sont prévues aux articles 17 des décrets n° 81-242 et 81-243 du 5 septembre 1981 portant création et organisation des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés et à l'article 3 du décret n° 82-496 du 18 décembre 1982 susvisé.

#### Section 2

##### Conditions de nomination

**Article 30 :** Sous réserves des dispositions de l'article 33 du décret n° 86-25 du 11 février 1986 susvisé, les secrétaires généraux des CHU sont nommés parmi :

les directeurs d'administration sanitaire de 2<sup>e</sup> classe, justifiant d'au moins 3 années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 31 :** Les directeurs de CHU sont nommés parmi :

les DAS de 2<sup>e</sup> classe au moins justifiant de 5 années d'exercice en cette qualité.

**Article 32 :** Les sous directeurs de CHU sont nommés parmi :

les DAS de 2<sup>e</sup> classe au moins justifiant de deux années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 33 :** Les directeurs d'unités hospitalières sont nommés parmi :

les DAS de 2<sup>e</sup> classe justifiant de deux années d'ancienneté en cette qualité au moins.

**Article 34 :** – Les chefs de bureaux de CHU sont nommés parmi :

les DAS de 2<sup>e</sup> classe titulaires

**Article 35 :** Les directeurs de secteurs sanitaires ou d'établissements hospitaliers spécialisés de catégorie \*A\* sont nommés parmi :

les DAS de 2<sup>e</sup> classe au moins justifiant de cinq (5) années d'exercice en cette qualité.

**Article 36 :** Les directeurs des secteurs sanitaires ou d'établissements hospitaliers spécialisés de catégorie \*B\* sont nommés parmi :

les DAS de 2<sup>e</sup> classe au moins justifiant de deux années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 37 :** Les directeurs de secteurs sanitaires ou d'établissements hospitaliers spécialisés de catégorie \*C\* sont nommés parmi :

Les DAS de 3<sup>e</sup> classe justifiant de cinq (5) années d'exercice en cette qualité.

**Article 38 :** Les directeurs adjoints de secteurs sanitaires ou d'établissements hospitaliers spécialisés de catégorie \*A\* sont nommés parmi :

Les DAS de 2<sup>e</sup> classe au mois justifiant de deux années d'ancienneté en cette qualité.

**Article 39 :** Les directeurs adjoints de secteurs sanitaires ou d'établissements hospitaliers spécialisés de catégorie \*B\* sont nommés parmi :

les DAS de 2<sup>e</sup> classe ayant au moins de deux années (2) d'ancienneté en cette qualité.

**Article 40 :** Les directeurs adjoints de secteurs sanitaires ou d'établissements hospitaliers spécialisés de catégorie \*C\* sont nommés parmi :

Les DAS de 3<sup>e</sup> classe ayant au moins deux 2 années d'ancienneté en cette qualité.

### TITRE III CLASSIFICATION

**Article 41 :** En application des dispositions de l'article 69 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985, susvisé le classement des postes de travail, emplois et corps des directeurs d'administration sanitaire est fixé conformément aux tableaux ci-après.

GRADES	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
DAS hors classe	17	5	581
DAS 1 <sup>er</sup> classe	16	5	522
DAS 2 <sup>eme</sup> classe	15	2	443
DAS 3 <sup>eme</sup> classe	14	1	392

POSTES SUPERIEURS	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Secrétaire général de centre hospitalo-universitaire	20	4	778
Directeur de secteur sanitaire ou établissement hospitalier spécialisé « A »	19	5	714
Directeur de centre hospitalo-universitaire	19	5	714
Directeur de secteur sanitaire ou établissement hospitalier spécialisé « B »	18	4	632
Directeur adjoint de secteur sanitaire ou établissement hospitalier spécialisé « A »	17	1	534
Sous directeur de centre hospitalo-universitaire	18	4	632
Directeur d'unité hospitalière	18	4	632
Directeur adjoint de secteur sanitaire ou établissement hospitalier spécialisé « C »	16	4	512
Directeur adjoint de secteur sanitaire ou établissement hospitalier spécialisé « B »	16	2	492
Chef de bureau de centre hospitalo-universitaire	17	1	534
Directeur adjoint de secteur sanitaire ou établissement hospitalier spécialisé « C »	15	1	434

### TITRE IV DISPOSITIONS FINALES

**Article 42 :** Sont abrogées les dispositions de l'article 25 du décret n° 86-25 du 11 février 1986 susvisé et toutes les dispositions contraires au présent décret notamment les décrets n° 68-323, n° 68-324, n° 68-337 du 30 mai 1968, n° 82-495 et 82-496 du 18 décembre 1982, susvisés.

**Article 43 :** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire et prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1990.

Fait à Alger, le 27 avril 1991.

**Mouloud. HAMROUCHE**

**Décret exécutif n° 94-376 du 10 Joumada Ethania 1415 correspondant au 14 novembre 1994 modifiant le décret n° 91-108 du 27 avril 1991 portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaire.**

Le chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2) ;

Vu la plate forme portant consensus national sur la période transitoire

Vu le décret 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;

Vu le décret présidentiel n°94-92 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994 portant nomination du chef du gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991 portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaires ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de modifier certaines dispositions du décret exécutif n°91-108 du 27 avril 1991 susvisé.

**Article 2 :** Les termes \* directeurs d'administration sanitaire\* prévus par le décret

n° 91-108 du 27 avril 1991 susvisé, sont remplacés par les termes \* administrateurs des services sanitaires\*.

**Article 3 :** Sont abrogés les dispositions du chapitre II du titre II ainsi que, le tableau relatif aux postes supérieurs prévus à l'article 41 du décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991 susvisé.

Toutefois les fonctionnaires nommés aux postes supérieurs prévus par le décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991 susvisé, demeurent régis par les dispositions du décret précité jusqu'à l'intervention des dispositions spécifiques prises en application du décret n° 86-179 du 5 août 1986 susvisé.

**Article 4 :** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 10 Joumada Ethania 1415 correspondant au 14 novembre 1994.

**Mokdad SIFI.**

Le Chef du Gouvernement  
Sur rapport du ministre de la santé ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu l'ordonnance n°66-133 du 02 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu le décret n° 73-69 du 30 avril 1973, portant statut particulier des psychologues de la santé publique ;  
Vu le décret n°80-110 du 12 avril 1980, portant statut particulier des orthophonistes de la santé.  
Vu le décret n°85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret n° 85-60 du 23 mars 1985 fixant les mesures d'application immédiate du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret n° 86-46 du 11 mars 1986 fixant à titre transitoire les conditions de recrutement et de gestion des personnels des institutions et administrations publiques en attendant la publication des statuts particuliers et des textes d'application du décret n°85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

**Décète:**

**TITRE : I**  
**DISPOSITIONS GENERALES**  
**Chapitre I**  
**Champ d'application**

**Article 1 :** En application de l'article 4 décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le présent décret a pour objet de préciser les dispositions spécifiques applicables aux corps des psychologues de la santé et de fixer la nomenclature ainsi que les conditions d'accès aux postes de travail et emplois correspondants auxdits corps.

**Article 2 :** Les psychologues de la santé régis par le présent statut sont en position d'activités dans les secteurs sanitaires, dans les établissements et services relevant du ministère de la santé.  
Ils peuvent être mis en position d'activité dans d'autres structures publiques autres que celles prévues par l'alinéa ci-dessus. Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique fixera la liste de ces structures.

**Chapitre II**  
**Droits et obligations**

**Article 3 :** Les travailleurs régis par les dispositions du présent statut sont soumis aux droits et obligations prévus par le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Ils sont, en outre, assujettis aux règles précisées par le règlement intérieur spécifique à l'administration qui les emploie.

**Article 4 :** conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les psychologues bénéficient :  
du transport pour les personnels astreints à travail de nuit ou une garde.

Les conditions dans lesquelles le transport est assuré sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique ;

de prestation en matière de cantine dans les structures de santé, la restauration est gratuite pour le personnel de garde ;  
de l'habillement pour certaines catégories de personnels dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique,  
d'une protection spéciale à l'occasion et durant l'exercice de leur fonction .A cet effet ils bénéficient du concours des autorités concernées.

**Article 5 :** Les psychologues de la santé quel que soit leur poste de travail et en toute circonstance nécessitant leur concours, sont astreints dans le cadre des missions qui leurs sont dévolues :

- à une disponibilité permanente
- aux gardes réglementaires organisées au sein du service ou de l'établissement.

**Chapitre III**  
**Recrutement, période d'essai**

**Article 6 :** Nonobstant les dispositions prévues par le présent statut en application des articles 34 et 33 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les proportions fixées pour le recrutement peuvent être modifiées par arrêté conjoint de l'administration chargée de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique, après avis de la commission du personnel compétent.

toutefois, ces modifications sont limitées à la moitié au plus des taux fixés pour les modes de recrutement par voie d'examen professionnel et de liste d'aptitude, sans que l'ensemble des proportions de recrutement ne dépassent le plafond de 30% des postes à pourvoir.

**Article 7 :** Les candidats recrutés dans les conditions prévues par le présent statut sont en qualité de stagiaires par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

**Article 8 :** En application des dispositions des articles 40 et 41 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les stagiaires sont soumis à une période d'essai de neuf (9) mois renouvelable une fois le cas échéant.

La confirmation des psychologues de la santé est subordonnée à leur inscription sur une liste d'aptitude arrêtée, sur rapport motivé du responsable hiérarchique, par un jury dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont fixes conformément à la réglementation en vigueur.

**Chapitre IV**  
**Avancement-Formation- Promotion**

**Article 9 :** Les rythmes d'avancement applicables aux psychologues de la santé sont fixés selon les trois durées et les proportions prévues à l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

Toutefois, les titulaires d'emplois présentant un taux élevé de pénibilité ou de nuisance dont la liste est fixée par le décret pris en application des dispositions de l'article 7 de la loi n° 83-12 du 02 Juillet 1983 relative à la retraite, bénéficient des deux rythmes d'avancement selon les durées minimale et moyenne, aux proportions respectives de 6 et 4 sur 10 fonctionnaires conformément aux dispositions de l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

**Article 10 :** L'organisme employeur est tenu :

d'assurer la formation, le perfectionnement et le recyclage des psychologues de la santé en vue d'une amélioration constante de leurs qualification et de leur promotion

d'assurer l'actualisation de leur connaissances en vue de l'acquisition de nouvelles compétences techniques et administratives liées aux besoins du secteur de la santé et aux exigences de la médecine moderne.

les conditions d'organisation de la formation seront fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 11 :** Sous réserve des dispositions de l'article 124 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, les psychologues de la santé confirmés, remplissant à partir de la date de leur recrutement la condition d'ancienneté exigée pour l'avancement au premier échelon, sont promus nonobstant la procédure d'inscription au tableau d'avancement tel que prévue par l'article 76 du décret n°85-59 du 23 mars 1985 susvisé.

## Chapitre V

### Dispositions générales d'intégration

**Article 12 :** Pour la constitution initiale des corps institués par le présent décret, il est procédé à l'intégration, à la confirmation et au reclassement des fonctionnaires titulaires et stagiaires ou confirmés en application du décret n° 86-46 du 11 mars 1986 susvisé et des travailleurs stagiaires dans les conditions fixées par les dispositions des articles 137 à 145 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé et les dispositions du présent décret.

**Article 13 :** Les fonctionnaires titulaires en application de la réglementation qui leur est applicable ou confirmés en application du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, sont intégrés, confirmés et rangés à l'échelon correspondant à celui qu'ils détenaient dans le corps d'origine, tout droit à l'avancement pris en compte.

Le reliquat d'ancienneté dégagé dans le corps d'origine est utilisé pour l'avancement dans le corps d'accueil.

**Article 14 :** Les travailleurs non confirmés à la date d'effet du présent statut sont intégrés en qualité de stagiaires et confirmés, si leur manière de servir est jugée satisfaisante des qu'ils ont accompli le période d'essai réglementaire prévue par le corps d'accueil.

Ils conservent une ancienneté égale à la durée ces services qu'ils ont accomplis à compter de la date de leur recrutement, cette ancienneté est utilisable pour l'avancement d'échelon dans leur nouvelle catégorie et section de classement.

**Article 15 :** A titre transitoire et pendant une période de cinq (5) ans, à compter de la date d'effet du présent statut, l'ancienneté exigée pour la promotion à un grade ou à un poste supérieur des fonctionnaires intégrés dans les grades autres que ceux correspondants aux corps précédemment créés, en application de l'ordonnance n° 66-133 du 02 juin 1966 susvisée, est appréciée cumulativement au titre de grade d'origine et du grade d'intégration.

**Article 16 :** Les décisions portant confirmation, promotion, mouvement et cessation de fonction des travailleurs régis par le présent statut, font l'objet d'une publication par voie d'insertion au bulletin officiel de l'administration chargée de la santé.

Ces décisions sont, dans tous les cas, notifiées individuellement aux intéressés

## TITRE II

### DISPOSITIONS APPLICABLES AUX CORPS DES PSYCHOLOGUES CLINIENS DE LA SANTE PUBLIQUE.

#### Chapitre I

##### Corps des psychologues cliniciens de la santé publique.

**Article 17 :** Le corps des psychologues cliniciens de santé publique comprend deux grades :

Le grade des psychologues cliniciens de la santé publique

Le grade des psychologues cliniciens de la santé publique principaux.

#### Section 1

##### Définition des tâches

**Article 18 :** Les psychologues cliniciens de la santé sont chargés sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'exécuter les tâches suivantes:

examens psychologiques,

bilans psychologiques,

diagnostics et pronostics psychologiques,

orientations,

aides psychologiques (guidance, conseils, accompagnements psychologiques du malade grave, préparations psychologiques aux interventions chirurgicales...etc.),

prévention et traitement curatifs.

**Article 19 :** Les psychologues de la santé publique principaux sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique selon leur spécialité éventuellement, et les structures dans lesquelles ils sont affectés des tâches suivantes :

Application des techniques psychothérapeutiques spécialisées,

Travail institutionnel :

formation du personnel médical et paramédical à la relation avec le malade (groupe Balint)

- Application de certaines psychothérapies notamment :

\* psychothérapie de soutien,

thérapie comportementale : - relaxation

- déconditionnement à la douleur

\*thérapie d'éveil (nourrissons et enfants)

\*rentabilisation du fonctionnement des équipes de santé par la gestion des relations humaines,

\* thérapie de groupe : - dynamique de groupe, psychodrame.

Ils participent à la formation des psychologues cliniciens.

#### Section 2

##### Conditions de recrutement

**Article 20 :** Les psychologues de la santé publique sont recrutés par voie de concours sur épreuve, parmi les candidats titulaires de la licence en psychologie \*option clinique\* ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 21 :** Les psychologues cliniciens de la santé publique principaux sont recrutés :

1/ par voie de concours sur titre parmi :

les psychologues titulaires d'un diplôme de post-graduation dans la spécialité,

des psychologues justifiant de 3<sup>e</sup> année d'ancienneté en cette qualité et titulaire d'un diplôme de post-graduation spécialisé en psychologie clinique ou d'un titre reconnu équivalent.

1/ Par voie d'examen professionnel dans la limite de 30% des postes à pourvoir parmi les psychologues cliniciens de santé publique justifiant de cinq 5 années d'ancienneté en cette qualité.

#### Section 3

##### Dispositions transitoires d'intégration

**Article 22 :** Sont intégrés dans le grade des psychologues cliniciens de la santé publique :

Les psychologues cliniciens de la santé publique titulaires et stagiaires en activité dans les structures de santé relevant du ministère de la santé.

**Article 23 :** Sont intégrés dans le grade des psychologues cliniciens de la santé publique principaux :

les psychologues de santé publique titulaires d'un diplôme de post-graduation en psychologie clinique ou d'un titre reconnu équivalent, les psychologues de santé publique justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité et ayant occupé régulièrement l'emploi spécifique de psychologue chef,

les psychologues de santé publique justifiant de huit (8) années d'exercice effectif en cette qualité et ayant occupé une fonction supérieure ou un poste supérieur et ayant dirigé ou coordonné des projets d'études de recherche ou des travaux d'enquête dans la spécialité,

les psychologues de santé publique justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins six (6) mois.



## **Chapitre II Les postes supérieurs**

**Article 24 :** En application des articles 9 et 10 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, il est institué l'emploi supérieur de psychologues cliniciens chef de la santé publique.

### **Section 1 Définition des tâches**

**Article 25 :** Outre les tâches énumérées à l'article 18 ci-dessus les psychologues cliniciens chef de la santé publique sont chargés :  
de la coordination et de l'encadrement d'une équipe de quatre (4) à (10) psychologues,  
de l'organisation du travail d'équipe des psychologues,  
de veiller à l'utilisation rationnelle et à la maintenance de l'équipement de psychologie,  
de veiller à la discipline dans l'exercice de la profession,  
de participer à la formation des psychologues cliniciens de santé publique,  
d'assurer les liaisons avec le personnel médical, paramédical et administratif.

### **Section 2 Conditions de nomination**

**Article 26 :** Les psychologues cliniciens chef de santé publique sont nommés parmi :  
les psychologues cliniciens de santé publique justifiant de 5 années au moins d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude,  
les psychologues cliniciens principaux titulaires

## **TITRE III DISPOSITIONS APPLICABLES AUX CORPS DES PSYCHOLOGUES ORTHOPHONISTES DE SANTE PUBLIQUE.**

### **Chapitre I Corps des psychologues orthophonistes de santé publique.**

**Article 27 :** Le corps des psychologues orthophonistes de santé publique comprend deux grades :  
le grade des psychologues orthophonistes de santé publique  
le grade des orthophonistes principaux de la santé publique.

### **Section 1 Définition des tâches**

**Article 28 :** Les psychologues orthophonistes de la santé sont chargés sous l'autorité du responsable hiérarchique, des fonctions psychologiques ayant pour objet notamment la technique et la rééducation de la voix et du langage.

Dans ce cadre, ils assurent les entretiens les bilans, les tests, le diagnostic, le pronostic, la prévention et la prise en charge thérapeutique des troubles de la voix et du langage.

**Article 29 :** Outre les tâches prévues à l'article 28 ci-dessus, les psychologues orthophonistes principaux de la santé publique sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'assurer la thérapie de groupe, la guidance parentale ainsi que le travail institutionnel par la technique et la rééducation de la voix et du langage.

### **Section 2 Conditions de recrutement**

**Article 30 :** Les psychologues orthophonistes de santé publique sont recrutés par voie de concours sur épreuve, parmi les candidats titulaires de la licence en psychologie \*option orthophonie\* ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 31 :** Les psychologues orthophonistes principaux de santé publique sont recrutés :

1/ par voie de concours sur titre parmi :

les psychologues titulaires d'un diplôme de post-graduation dans la spécialité,

des psychologues orthophonistes justifiant de trois(3) année d'ancienneté en cette qualité et titulaire d'un diplôme de post-graduation spécialisé en orthophonie ou d'un titre reconnu équivalent.

1/ Par voie d'examen professionnel dans la limite de 30% des postes à pourvoir parmi les psychologues orthophonistes de santé publique justifiant de cinq (5) années d'ancienneté en cette qualité.

### **Section 3 Dispositions transitoires d'intégration**

**Article 32 :** Sont intégrés dans le grade des psychologues orthophonistes de santé publique :  
Les psychologues orthophonistes de santé publique titulaires et stagiaires en activité dans les structures de santé relevant du ministère de la santé.

**Article 33 :** Sont intégrés dans le grade des psychologues orthophonistes principaux de santé publique :

les psychologues orthophonistes de santé publique titulaires d'un diplôme de post-graduation en orthophonie ou d'un titre reconnu équivalent,

les psychologues orthophonistes de santé publique justifiant de cinq (5) d'ancienneté en cette qualité et ayant occupé régulièrement l'emploi spécifique de psychologue orthophoniste chef,

les psychologues orthophoniste de santé publique justifiant de huit (8) années d'exercice effectif en cette qualité et ayant occupé une fonction supérieure ou un poste supérieur et ayant dirigé ou coordonné des projets d'études de recherche ou des travaux d'enquête dans la spécialité,

les psychologues orthophonistes de santé publique justifiant de huit (8) années d'exercice effectif en cette qualité et ayant suivi une formation complémentaire d'au moins six (6) mois.

## **Chapitre II Les postes supérieurs**

**Article 34 :** En application des articles 9 et 10 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, il est institué l'emploi supérieur de psychologues orthophoniste chef de santé publique.

**Section1**  
**Définition des tâches**

**Article 35 :** Outre les tâches énumérées à l'article 28 ci-dessus les psychologues orthophonistes chefs de santé publique sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, de diriger, d'organiser, de coordonner, d'évaluer et de contrôler le travail d'une équipe de quatre (4) à dix (10) psychologues orthophonistes de santé publique.

Ils veillent à la discipline et à l'utilisation rationnelle de l'équipement et participent à la formation des psychologues orthophonistes de santé publique.

**Section 2**  
**Conditions de nomination**

**Article 36 :** Les psychologues orthophonistes chefs de santé publique sont nommés parmi :  
les psychologues orthophonistes justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité et inscrits sur une liste d'aptitude,  
les psychologues orthophonistes titulaires

**TITRE IV**  
**CLASSIFICATION**

**Article 37 :** En application des dispositions de l'article 69 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le classement des postes de travail et emplois spécifiques aux corps des psychologues de la santé est fixé aux tableaux ci-après :

GRADE	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Psychologues cliniciens de santé publique	15	1	434
Psychologues orthophonistes de santé publique	15	1	434
Psychologues cliniciens principaux de santé publique	16	4	512
Psychologues orthophonistes principaux de santé publique	16	4	512

POSTES SUPERIEURS	CLASSEMENT		
	Catégorie	Section	Indice
Psychologues cliniciens chefs (ouvert aux psychologues)	16	1	482
Psychologues orthophonistes Chefs (ouvert aux orthophonistes)	16	1	482
Psychologues cliniciens chefs (ouvert aux psychologues cliniciens principaux)	17	4	569
Psychologues orthophonistes chefs (ouvert aux orthophonistes principaux)	17	4	569

**TITRE IV**  
**DISPOSITIONS FINALES**

**Article 38 :** Sont abrogées toutes les dispositions contraires à celles du présent décret, notamment les dispositions du décret n°73-69 du 16 avril 1973 susvisé et le décret n° 80-110 du 12 août 1980 susvisés.

**Article 39 :** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire et prend effet à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 1990.

Fait à Alger, le 27 Avril 1991

**Mouloud HAMROUCHE**



**Décret exécutif n° 99-60 du 21 Dhou El Kaada 1419 correspondant au 9 mars 1999 modifiant le décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991 portant statut particulier des psychologues.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ces articles 85-4° et 125 (alinéa 2);

Vu le décret présidentiel n° 98 427 du 26 Chaâbane 1419 correspondant au 15 décembre 1998 portant nomination du Chef du Gouvernement,

Vu le décret présidentiel n°98- 428 du 19 décembre 1998 du Aouel Ramadhan 1419 portant nomination des membres du Gouvernement,

Vu le décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991 portant statut particulier des psychologues,

**Décète :**

**Article 1er :** Le présent décret a pour objet de modifier les articles 20 et 30 du décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991, susvisé.

**Article 2 :** L'article 20 du décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié comme suit :

L'article 20. -- les psychologues cliniciens de la santé publique sont recrutés par voie de concours sur titre parmi les candidats titulaires de la licence en psychologie option clinique ou d'un titre reconnu équivalent\*.

**Article 3 :** L'article 30 du décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié comme suit :

L'article 30. - les psychologues orthophonistes de la santé publique sont recrutés par voie de concours sur titre parmi les titulaires de la licence en psychologie \*option orthophonie\* ou d'un titre reconnu équivalent\*.

**Article 4 :** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 21 Dhou El Kaada 1419 correspondant au 9 mars 1999.

**Smail HAMDANI**

# **Régime Indemnitaire**

**Décret n° 68-594 du 24 octobre 1968 portant réglementation générale des conditions d'attribution d'indemnités de toute nature aux fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales et des établissements et organismes publics soumis au statut général de la fonction publique.**

Le Chef du Gouvernement, Président du Conseil des ministres,  
Sur le rapport du ministre d'Etat chargé des finances et du plan et du ministre de l'intérieur,  
Vu l'ordonnance n° 66-133 du 3 Juin 1966 portant statut général de la fonction publique et notamment ses articles 31 et 72 ;  
Vu le décret n° 63-125 du 18 avril 1963 portant réglementation générale des conditions d'attribution d'Indemnités de toute nature aux fonctionnaires et agents de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Les avantages, indemnités et gratifications de toute nature, soumis ou non à retenue pour pension, servis pour quelque objet que ce soit, en sus de leur traitement

principal, aux fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales et des établissements et organismes publics régis par le statut général de la fonction publique, continuent, provisoirement, d'être servis dans les conditions et aux taux actuels jusqu'à ce qu'il ait été statué sur leur maintien ou leur suppression et calculés sur la base des traitements correspondant aux anciennes grilles indiciaires.

**Article 2** : Lorsque la somme des Indemnités visées à l'article 1<sup>er</sup> est supérieure à celle des Indemnités résultant de textes ultérieurs. Il sera fait application, pour résorber le trop perçu, d'une déduction sur le rappel effectué au titre du traitement et jusqu'à concurrence, éventuellement, de ce rappel.

Dans le cas contraire, un rappel au titre des indemnités sera fait aux bénéficiaires.

Les dispositions du présent article sont applicables à toutes indemnités allouées à quelque titre que ce soit, aux fonctionnaires et agents soumis au statut général de la fonction publique, à l'exception des Indemnités pour travaux supplémentaires et des indemnités représentatives de frais ainsi que des Indemnités caractère familial.

**Article 3** : A compter de la date de publication du présent décret au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, aucune Indemnité ne pourra être rétablie ou créée au profit des fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales et des établissements et organismes publics, soumis au statut général de la fonction publique, sous quelque dénomination et sous quelque fonds que ce soit, autrement que par décret.

**Article 4** : Les collectivités locales et établissements et organismes publics visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, sont tenus de se conformer aux dispositions du présent décret.

Ces collectivités ne devront, en aucun cas, servir à leurs agents, des Indemnités à un taux supérieur à celui que l'Etat accorde à ses fonctionnaires remplissant des fonctions d'un niveau hiérarchique comparable.

**Article 5** : Toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret, sont abrogées.

**Article 6** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 24 octobre 1968.

**Houari BOUMEDIENE.**

**Décret exécutif n° 90-415 du 22 décembre 1990 instituant une indemnité de performance et d'amélioration des prestations au profit des travailleurs des établissements relevant du secteur de la santé.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;  
Vu le décret 85-58 du 23 mars 1985, modifié, relatif à l'indemnité d'expérience ;  
Vu le décret exécutif n° 90-193 du 23 juin 1990 portant revalorisation des rémunérations principales des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est institué dans la limite de 10% de la masse salariale, une indemnité de performance et d'amélioration des prestations au profit des travailleurs des établissements relevant du secteur de la santé.

**Article 2** : L'attribution de cette indemnité est exclusive de toutes indemnités de même nature.  
Sont exclu du bénéfice de la prime de performance et d'amélioration des prestations, les travailleurs jouissant d'un régime indemnitaire particulier et spécifique.

**Article 3** : Les conditions et les critères ainsi que le taux maximum par agent sont déterminés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'économie.

**Article 4** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne et démocratique et populaire et prend effet à compter du 1<sup>er</sup> décembre 1990.

Fait à Alger, le 22 décembre 1990.

**Mouloud HAMROUCHE**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE  
N° 21 MS / CAB / MIN.**

**MINISTERE DE L'ECONOMIE  
N° 00775 / DGB**

**Arrêté Interministériel fixant les conditions, critères et taux d'attribution de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations instituées par le décret n° 90-415 du 22 décembre 1990 au profit des travailleurs des établissements relevant du secteur de la santé publique.**

Vu le décret exécutif n° 90-415 du 22 décembre 1990, portant institution de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations au profit des travailleurs des établissements relevant du secteur de la santé publique et notamment ses articles 3.

**A R R E T E N T :**

**Article 1<sup>er</sup>** : le présent arrêté a pour objet de fixer les conditions et critères d'attribution ainsi que le taux maximum de l'indemnité de performance instituée au profit des travailleurs désignés à l'article 2 ci-dessous.

**Article 2** : L'indemnité de performance est allouée au profit des travailleurs exerçant au sein des établissements de la Santé Publique, suivants :

- Secteurs Sanitaires
- Etablissements Hospitaliers Spécialisés
- Centres Hospitaliers Universitaires
- Laboratoires d'hygiène de Wilaya.

**Article 3** : L'indemnité de performance est servie pour chaque agent sur la base d'un taux qui varie de 0 à 20% de la rémunération principale et dans la limite d'une masse moyenne globale de 10% des crédits inscrits aux chapitres des rémunérations principales.

**Article 4** : En application de l'article 2 du décret n° 90-415 du 22 décembre 1990 sus-visé, l'attribution de l'indemnité de performance est exclusive de toute autre indemnité de même nature.

**Article 5** : Les critères à prendre en compte sont, notamment la rentabilisation des équipements, l'intensité des activités et de rendement général en ce qui concerne l'évaluation du collectif, la manière de servir, la discipline en ce qui concerne l'évaluation des individus.

**Article 6** : Une instruction du Ministre de la Santé précisera les méthodes d'évaluation prévues à l'article 5 ci-dessus.

**Le Ministre de la Santé  
Hamid SIDI SAID**

**P/le Ministre de l'Economie  
Le Directeur Général du Budget  
B. BOUZBOUJENE**

**Décret présidentiel n° 02-337 du 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002 modifiant le décret exécutif n°90-415 du 22 décembre 1990 instituant une indemnité de performance et d'amélioration des prestations au profit des travailleurs des établissements relevant du secteur de la santé.**

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1<sup>er</sup>)

Vu le décret exécutif n° 90-415 du 22 décembre 1990 instituant une indemnité de performance et d'amélioration des prestations au profit des travailleurs des établissements relevant du secteur de la santé, notamment son article 1<sup>er</sup> ;

Décète :

**Article 1<sup>er</sup>** : Les dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n°90-415 du 22 décembre 1990, susvisé, sont modifiées comme suit :

« Article 1<sup>er</sup> Il est institué, dans la limite de 15 % de la masse salariale, une indemnité de performance et d'amélioration des prestations au profit des travailleurs relevant du secteur de la santé ».

**Article 2** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2002.

**Article 3** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 9 Chaâbane 1423 correspondant au 16 octobre 2002.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

**DOCUMENTATION D'ORIENTATION EN VUE DE  
LA DETERMINATION DE L'INDEMNITE DE  
PERFORMANCE ET D'AMELIORATION DES  
PRESTATIONS (Décret 90.415 du 22/12/1990)**

Alger. Mars 1991

# Indemnité de Performance et d'Amélioration des Prestations

## METHODOLOGIE DE MISE EN ŒUVRE.

### 1- NOMENCLATURE DES SERVICES :

- 1.1 - Services cliniques
  - a) Services médicaux
  - b) Services chirurgicaux
- 1.2 - Services d'explorations fonctionnelles (laboratoires, radiologies, etc....)
- 1.3 - Services techniques et généraux (ateliers, magasins, etc.....)
- 1.4 - Services administratifs.
- 1.5 - Services extra-hospitaliers (Polycliniques, centre de santé, etc.....)

### 2- ACTIVITES INHERENTES AUX DIFFERENTS SERVICES :

- 2.1 - Activités inhérentes aux services de médecine.
- 2.2 - Activités inhérentes aux services de chirurgie.
- 2.3 - Activités inhérentes aux services d'explorations fonctionnelles.
- 2.4 - Activités inhérentes aux services techniques et généraux.
- 2.5 - Activités inhérentes aux services administratifs.
- 2.6 - Activités inhérentes aux services extra-hospitaliers.

### 3- PARAMETRES D'EVALUATION DES ACTIVITES DES SERVICES :

- 3.1 - Evaluation des activités des services médicaux
- 3.2 - Evaluation des activités des services chirurgicaux
- 3.3 - Evaluation des activités de laboratoire
- 3.4 - Evaluation des activités de radiologie
- 3.5 - Evaluation des activités des services d'hémodialyse
- 3.6 - Evaluation des activités des services de chirurgie dentaire
- 3.7 - Evaluation des activités de la pharmacie
- 3.8 - Evaluation des activités des services techniques et généraux
- 3.9 - Evaluation des activités des services administratifs
- 3.10 - Evaluation des activités des services extra-hospitaliers.

### 4 – INDICATEURS D'APPRECIATION DE L'ACTIVITE DES SERVICES :

- 4.1 - Service d'hospitalisation
  - a) médecine
  - b) chirurgie

4.2 – laboratoires et services de radiologie

### 5- CELLULE D'EVALUATION DE L'INDEMNITE DE PERFORMANCE ET D'AMELIORATION DES PRESTATIONS :

### 6- MODALITES DE CALCUL DE L'INDEMNITE DE PERFORMANCE ET D'AMELIORATION DES PRESTATIONS :



## 1 – NOMENCLATURE DES SERVICES

( à titre indicatif )

### **1-** - SERVICES CLINIQUES :

#### A – Services médicaux :

- Réanimation Médicale Polyvalente
- Cardiologie
- Gastro-entérologie
- Diabétologie
- Médecine interne
- Neurologie
- Pédiatrie
- Dermatologie
- Psychiatrie
- Urgences médico-chirurgicales
- Médecine légale
- Médecine du travail etc.....

#### B – Services Chirurgicaux :

- Chirurgie Cardiaque
- Chirurgie Générale
- Maxillo-faciale
- Chirurgie Infantile
- Chirurgie Thoracique et Vasculaire
- Neuro-Chirurgie
- Ophtalmologie
- O.R.L.
- Orthopédie Traumatologie
- Urologie
- Gynécologie Obstétrique
- Chirurgie Dentaire etc.....

### **2-** - SERVICES D'EXPLORATIONS FONCTIONNELLES (Laboratoire, radiologie.)

### **3-** SERVICES TECHNIQUES ET GENERAUX :

Pharmacie

Magasins et ateliers

Services généraux (cuisines, buanderies, lingerie, Parc automobiles, chaufferie..)

### **4-** SERVICES ADMINISTRATIFS

### **5-** SERVICES EXTRA-HOSPITALIERS:

- Polycliniques
- Centres de santé
- Salles de soins
- Maternité

## **ACTIVITES INHERENTES AUX DIFFERENTS SERVICES**

### **2.1 SERVICES DE MEDECINE**

- Consultation
- Hospitalisation
- Explorations fonctionnelles
- Activités annexes

### **2.2 SERVICES DE CHIRURGIE**

- Consultation
- Hospitalisation
- Explorations fonctionnelles
- Activités annexes

### **2.3 EXPLORATIONS FONCTIONNELLES**

- Laboratoires (nature des examens)
- Radiologie (diagnostique et thérapeutique)

### **2.4 SERVICES TECHNIQUES ET GENERAUX**

#### **a) Pharmacie :**

- Taux de rotation des stocks
- Nombre de préparations galéniques effectuées
- Analyse de la consommation :
  - taux de satisfaction
  - consommation en valeur par service
- taux de péremption
- suivi de la gestion des pharmacies des services

#### **b) Magasins :**

- Gestion des stocks (quantité et valeur)
- Consommation (par produit et par service)
- Consommation en valeur par service
- Taux de satisfaction

#### **c) Lingerie, Buanderie :**

- Gestion des stocks (quantité et valeur)
- Nombre d'articles distribués par catégorie et par service
- Taux de réforme
- Production (quantité et valeur)
- Taux de satisfaction
- Nombre de kilo de linge lavés par jour
- Nombre de déperdition de linge par article

#### **d) Parc Automobiles:**

- Gestion : - ambulance , - autres véhicules
- Entretien des véhicules (maintenance, désinfection.....)
- Tenue des carnets de bord
- Fiche technique par véhicule
- Carnet d'activités par véhicule
- Consommation de carburant

#### **e) Ateliers:**

- Entretien des locaux et des installations techniques
- Matériaux utilisés (quantité et valeur)
- Tenue du registre d'interventions
- Articles façonnés ou confectionnés

#### **f) Cuisines:**

- Nombre de repas
- Qualité des repas
- Hygiène du milieu
- Prix de revient
- Entretien du matériel

### **2.5 SERVICES ADMINISTRATIFS:**

#### **a) Administration générale:**

- Prise en charge du courrier
- Relation avec l'environnement (qualité et efficacité)
- Animation, coordination et évaluation des organes et services
- Affaires générales et contentieux
- Gestion des archives

#### **b) Personnel :**

- Gestion des carrières (suivi et régularité)
- Mouvement des personnels (exploitation et statistiques)
- Régularité des traitements et salaires
- Suivis des effectifs

#### **c) Economat :**

- Gestion matières
- Approvisionnements
- Etude des coûts
- Tenue des documents comptables

#### **d) Budget :**

- Elaboration et exécution
- Tenue des documents comptables
- Analyse des coûts

#### **e) Infrastructures et Equipements :**

- Suivi du patrimoine
- Planning des travaux et entretien
- Gestion des équipements (entretien et maintenance)
- Approvisionnements

- f) Activités Sanitaires :
- Organisation des consultations et des urgences
  - Admission des malades
- 2.6 SERVICES EXTRA HOSPITALIERS :
- Consultations
  - Soins ambulatoires
  - Soins dentaires
  - Activités de prévention :
    - vaccinations
    - épidémiologie
    - médecine du travail
    - médecine scolaire
    - PMI- espacement des naissances
    - Education sanitaire
    - Assainissement et hygiène du milieu
  - Informations et statistiques
  - Activités annexes

**3- PARAMETRES D'EVALUATION DES ACTIVITES DES SERVICES**

3.1 – Evaluation des activités des services médicaux :

Service : .....

Effectifs : Personnel médical.....

Personnel P.médical.....

Agents d'entretien.....

Autres.....

Capacité technique en lits : .....

Nbr.lits organisés	Nbr.malades hospitaliés	Nbr.journées d'hospitalisation	Nbr.consul		T.O.M	D.M.S	Coeff.de Rot/lt	Observat.
			c/n	urgen				

**EXPLORATION FONCTIONNELLES**  
(éventuellement)

NATURE	NOMBRE

**EXAMENS RADIOLOGIQUES**  
(éventuellement)

NBRE.EXAMENS	NBRE. DE R.	NBR. FILMS

**EXPLORATIONS FONCTIONNELLES**  
(éventuellement)

NBRE.D'EXAMENS	NBRE.DE "B"

**3.2 EVALUATION DES ACTIVITES DES SERVICES CHIRURGICAUX**

Service : .....

Effectifs : Personnel médical.....

Personnel P. médical.....

Agents d'entretien.....

Autres.....

Capacité technique en lits : .....

Nbr.lits organisés	Nbr.malades hospitaliés	Nbr.journées d'hospitalisation	Nbr.consul		T.O.M	D.M.S	Coeff.de Rot/lt	Observat.
			c/n	urgen				

INTERVENTIONS CHIRURGICALES :

REFERENCES	NBRE .K.	OBSERVAT.
K < 50		
K de 50 à 100		
K > 100		
Autres		
TOTAL		

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES  
(éventuellement)

NATURE	NOMBRE

EXAMENS RADIOLOGIQUES  
(éventuellement)

NBRE.EXAMENS	NBRE. DE R.	NBR. FILMS

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES  
(éventuellement)

NBRE.D'EXAMENS	NBRE.DE "B"

3.3 **EVALUATION DES ACTIVITES DE LABORATOIRES**

DU.....AU.....

EFFECTIFS : Personnel médical...../...../

Personnel paramédical...../...../

Agents d'entretien...../...../

Autres ...../...../

Equipements : /...../

NATURE DE L'EXAMEN	NOMBRE D'EXAMENS	NOMBRE DE "B"	OBSERVATIONS

- évaluation par unité (biochimie, parasitologie, bactériologie, sérologie etc.....)
- entretien et maintenance des équipements
- gestion des réactifs
- taux d'immobilisation
- espacement des rendez-vous

3.5 - **EVALUATION DES ACTIVITES DES SERVICES DE RADIOLOGIE**

DU.....AU.....

EFFECTIFS : Personnel médical...../...../

Personnel paramédical...../...../

Agents d'entretien...../...../

Autres ...../...../

Installations : /...../

NATURE DE L'EXAMEN	NOMBRE DE "R"	NOMBRE DE FILMS UTILISES	OBSERVATIONS

- évaluation par type d'appareil
- entretien et maintenance des équipements
- taux d'immobilisation
- espacement des rendez-vous

3.6 - **EVALUATION DES ACTIVITES DES SERVICES D'HEMODIALYSE**

DU.....AU.....

EFFECTIFS : Personnel médical...../...../

Personnel paramédical...../...../

Agents d'entretien...../...../

Autres ...../...../

Nombre de reins artificiels : /...../

Nombre de reins fonctionnels : /...../

- Adultes : /...../
- Enfants : /...../

Nombre de malades traités : /...../

Nombre de dialyses / jour / appareil /...../

Nombre de jours de fonctionnement : /...../

Organisation de l'activité (jour, heures)

Entretien et maintenance des appareils et installations

3.7 - **EVALUATION DES ACTIVITES DE CHIRURGIE DENTAIRE**

DU.....AU.....

**EFFECTIFS** : Personnel médical...../...../

Personnel paramédical...../...../

Agents d'entretien...../...../

Autres ...../...../

**EQUIPEMENTS** : Nombre de fauteuils dentaire ...../...../

Nombre de consultations :...../...../

Nombre de soins ...../...../

Nombre d'extractions ...../...../

Nombre de prothèses (par type) ...../...../

Nombre d'examens radiologiques ...../...../

Entretien et maintenance des équipements ...../...../

### 3.8 - **EVALUATION DES ACTIVITES DE LA PHARMACIE**

DU.....AU.....

EFFECTIFS : Personnel médical...../...../

Personnel paramédical...../...../

Agents d'entretien...../...../

Autres ...../...../

- gestion des stocks (quantité et valeur)
- respect des tableaux (quantité et valeur)
- régularité des approvisionnements
- nombres de préparations galéniques effectuées
  - en quantité /...../
  - en valeur /...../
- analyse de la consommation
  - taux de satisfaction
  - consommation par produit et par service
  - analyse des états
  - consommation par service :
    - \* en quantité dégressive
    - \* en valeur dégressive
- consommation par classe thérapeutique
- montant de la consommation par journée d'hospitalisation et par service
- contrôle de gestion des pharmacies des services et unités
- péremption (taux et valeur)
- suivi des stocks de sécurité

3.9 - **EVALUATION DES ACTIVITES DES SERVICES  
TECHNIQUES ET GENERAUX**

a) Magasins :

- gestion des stocks
- consommation (par produits et par service)
- consommation en valeur par service
- taux de satisfaction

b) Ateliers :

- entretien des locaux et des installations techniques
- nombre d'intervention par corps métier
- nombre d'articles façonnés ou confectionnés
- respect planning des travaux

c) Lingerie , buanderie :

- gestion des stocks (quantité et valeur) distribués par catégorie et par service
- nombre d'articles distribués par catégorie et par service
- taux de réforme
- taux déperdition de linge par article et par service
- production (quantité et valeur)
- taux de satisfaction
- nombre de kilos de linge lavés par jour

d) parc automobile :

- gestion : \* ambulances  
\* autres véhicules
- entretien des véhicules (maintenance, désinfection)
- tenue des carnets de bord
- fiche technique par véhicule
- consommation de carburant

e) Cuisines :

- nombre de repas
- quantité des repas
- hygiène du milieu
- prix de revient
- entretien du matériel



3.10 - **EVALUATION DES ACTIVITES DES SERVICES  
TECHNIQUES ET GENERAUX**

a) Administration générale :

- prise en charge du courrier
- relation avec l'environnement (qualité, efficacité)
- animation, coordination et évaluation des organes et services
- affaires générales et contentieuses
- gestion des archives

b) personnel :

- gestion des carrières (suivi et régularité)
- mouvement des personnels (exploitation et statistiques)
- régularité des traitements et salaires
- suivi des effectifs

c) économat :

- gestion matières
- approvisionnements
- tenue des documents comptables
- étude des coûts

d) budget :

- élaboration et exécution
- tenue des documents comptables
- analyse des coûts

e) infrastructures et équipements :

- suivi du patrimoine
- planning des travaux et entretien
- gestion des équipements (entretien et maintenance)
- approvisionnements

f) activités sanitaires :

- organisation des consultations et des urgences
- admission des malades

3.11 - **EVALUATION DES ACTIVITES DES SERVICES  
EXTRA - HOSPITALIERS**

DU.....AU.....

Unité : /...../

Effectifs : /...../

- Nombre de consultations...../...../
- Nombre de consultations / praticien ...../...../
- Nombre de soins par agent paramédical ...../...../
- Nombre 'enfant vaccinés par rapport au nombre es naissances
- Taux de couverture vaccinale : .....%
- Nombre 'accouchements /...../
- Nombre de cas épidémiologiques enregistrés /...../
- Nombre d'enquêtes épidémiologiques effectuées /...../
- Nombre d'établissements scolaires rattachés et nombre d'élèves
- Nombre d'élèves examinés (1<sup>er</sup> groupe, 2<sup>ème</sup> groupe)
- Nombre de contrôles d'hygiène des établissements scolaires PMI et espacement de naissance.
- Visites pré-natales et post-natales
- Education sanitaire et démonstration diététique
- Surveillance des enfants
- Activités de contraception
- Espacement de naissances
- Assainissement et hygiène du milieu

Médecine de travail : - nombre d'établissements et collectifs pris en charge par le service  
De médecine du travail /...../

- nombre de visites médicales : visites d'embauche, visites systématiques et annuelles.

4.1 – Service d'hospitalisation :

- taux d'occupation moyenne =  $\frac{\text{nbre de journées réalisées}}{365}$  = population moyenne

=  $\frac{\text{population moyenne} \times 100}{\text{Nombre de lits}}$  = taux d'occupation moyenne

- durée moyenne de séjour =  $\frac{\text{nbre de journées réalisées}}{\text{nbre d'entrants et restants au.....}}$  = D.M.S

- coefficient de rotation / lit =  $\frac{\text{nombre d'enfants}}{\text{Nombre de lits}}$  = C. R. L

a) **INDICATEURS D'APPRECIATION DES SERVICES DE MEDECINE**

Taux d'occupation moyenne (T.O.M)

Durée moyenne de séjour (D.M.S)

Coefficient de rotation par lit (C.R.L)

Consultation = moyenne des 3 dernières années + 10 %

Exploration fonctionnelle

Activités annexes

**GRILLE DE NOTATION**

T.O.M à réaliser .....	90% et +	05
T.O.M réalisé .....	80% et +	04 -
	75% et +	03
	65% et +	02
	60% et +	01
	- 60%	00
D.M.S.		02
Consultations et activités diverses		02.5
C.R.L		00.5

---

 / 10

**N.B** : A la note précitée s'ajoutera une autre note D'appréciation générale de la gestion du Service (sur 10).

b) **INDICATEURS D'APPRECIATION DES SERVICES DE CHIRURGIE**

Taux d'occupation moyenne (T.O.M)

Durée moyenne de séjour (D.M.S)

Coefficient de rotation par lit (C.R.L)

Consultation = moyenne des 3 dernières années + 10 %

Nombre d'interventions chirurgicales par	K < 50	Moyenne des 03 dernières années + 10 %
	K 50 à 100	
	K > 100	

-----  
04 Trimestres

Explorations fonctionnelles

Activités annexes

**GRILLE DE NOTATION**

T.O.M ...../ 03

D.M.S ...../ 02

C.R.L. ....

Consultations ...../ 02

Interventions ...../ 03

-----  
/ 10

**N.B** : A la note précitée s'ajoutera une note d'appréciation  
Générale de la gestion du service (sur 10)

**4.2 – Services de radiologie et des laboratoires :**

L'activité sera appréciée par rapport à la moyenne réalisée durant  
les 03 dernières années + 10%.

**5 – CELLULE D'EVALUATION DE L'ETABLISSEMENT**

La cellule d'évaluation est chargée de :

- déterminer l'activité optimale de chaque service en rapport avec les normes généralement admises,
- négocier et de statuer sur l'activité en fonction des moyens mis à la disposition du service, évaluer l'activité réalisée par rapport à l'activité négociée et d'attribuer une note,
- analyser les écarts et d'y apporter les correctifs nécessaires.

La cellule d'évaluation est en outre chargée d'apprécier le fonctionnement et la gestion de chaque service ou de l'entité (accueil, hygiène, comportement des personnels, entretien des locaux, inventaire tenue des registres des actes, satisfaction des besoins de la population, économie réalisée.....) et d'attribuer une note.

Elle est composée notamment de :

- Directeur de l'établissement - président
- Président du conseil médical ou scientifique
- Directeur des activités pédagogiques et médical pour les CHU
- Directeur ou chef du personnel
- Directeur des services économiques
- Pharmacien chef de service
- Chef de service concerné
- Représentant de la section syndicale représentative
- Le médecin chef du sous-secteur concerné

**MODALITE DE CALCUL DE L'INDEMNITE  
DE PERFORMANCE ET D'AMELIORATION DES PRESTATIONS**

L'indemnité de performance représente 10% de la rémunération principale globale du collectif (salaires de base + indemnité d'expérience : SB+IEP).

**I – MODALITES DE CALCUL DE L'INDEMNITE DU SERVICE :**

Elle est obtenue en additionnant les rémunérations principales de l'ensemble des agents exerçant au sein d'une même entité, (l'entité correspond à un service atelier, magasin, parc auto, polyclinique, centre de santé, département administratif etc.....).

Le montant théorique de l'indemnité de performance du collectif représente 10% de la masse salariale globale du collectif de l'établissement.

**Exemple :** Le service de médecine interne de .....emploie 35 agents dont le montant des Rémunérations principales est de 117.771 DA.

L'indemnité théorique qui devrait revenir à ces agents sera donc de :

$$117.771,00 \text{ Da} \times 10\% = 11.777,00 \text{ DA.}$$

Il faut cependant rappeler que l'indemnité du service n'est pas servie d'une manière uniforme et systématique au taux de 10%.

Ce taux ne représente qu'une moyenne, et les agents considérés plus performants pourraient le dépasser alors que d'autres pourraient ne bénéficier que d'un taux inférieur à 10% (2,3,4,5,6,7,8,9% etc.....) .

Aussi, il convient tout d'abord d'évaluer le service, d'apprécier ses performances et de lui attribuer une note chiffrée qui va permettre de fixer le montant de l'indemnité qui lui revient en rapport avec ses activités, sa gestion et les moyens dont il dispose.

L'appréciation sera fonction de 3 types d'activités (1<sup>ère</sup> partie de la note )

- Activité optimale en rapport avec les normes généralement admises.
- Activité négociée : en tenant compte des moyens humains et matériels mis en place, des contraintes etc.....
- Activité réalisée : qui peut être supérieure ou inférieure à l'activité négociée.

A cette activité il faut ajouter l'appréciation de la gestion du service ou de l'entité (accueil, hygiène, entretien du matériel et des locaux, inventaires, tenue des registres, des actes, comportement des personnels, satisfaction des besoins de la population, gaspillage, économie réalisée etc..... (c'est la 2<sup>ème</sup> partie de la note).

La première partie de la note se fera au moyen d'un certain nombre de paramètre ou d'indicateurs notamment:

- Nombre de journées d'hospitalisation réalisées
- T.O.M
- D.M.S
- Interventions chirurgicales
- Consultations externes
- Explorations fonctionnelles
- Examens de Rx et nombre de films et de R
- Examens de laboratoire et nombre de B
- Activités annexe etc....

**ETUDE DE CAS DE LA DETERMINATION DE L'INDEMNITE DE PERFORMANCE REVENANT A CHAQUE SERVICE**

SERVICE	REMUNERATION PRINCIPALE (A)	INDEMNITE THEORIQUE 10% (B)	NOTE (C)	COEF.APPRECIAT DES SERVICES (D)	VALEUR DU COEFICIENT (E)	MONTANT REEL INDEMNITE REVENANT AU SERVICE (F)
Médecine	117.771.00	11.777.10	16	18.843.360		12.926.54
Cardiologie	180.000.00	18.000.00	13	23.400.000		16.052.40
ChirurgieGle	270.000.00	27.000.00	15	40.500.000		27.783.00
Pédiatrie	220.000.00	22.000.00	16	35.200.000		24.147.20
Gynécologie	300.000.00	30.000.00	16	48.000.000		32.928.00
PolycliniqueE	80.000.00	8.000.00	8	6.400.000		4.390.40
Centre Santé	30.000.00	3.000.00	8	2.400.000		1.646.40
Lingerie	15.000.00	1.500.00	15	2.250.000		1.543.50
Menuiserie	7.000.00	700.00	10	700.000		480.20
Pharmacie	12.000.00	1.200.00	14	1.680.000		1.152.48
<b>TOTAUX</b>	<b>1.231.771.00</b>	<b>123.177.10</b>		<b>179.373.360</b>	<b>0.0686</b>	<b>123.050.12</b>

\*Colonne A = représente les rémunérations principales de l'ensemble des agents par service.

\*Colonne B = représente 10% de la rémunération principale de chaque service.

\*Colonne C = c'est la note d'appréciation définitive attribuée à chaque service en fonction des paramètres d'évaluation déjà précités.

\*Colonne D = coefficient d'appréciation des services = montant de l'indemnité théorique de performance du service (10% de la rémunération principale du service) x par la note définitive attribuée au service.

Exemple: Médecine interne = 11.777,10 x 16 = 18.843,360

\*Colonne E = calcul de la valeur d'un coefficient = calcul des indemnités théoriques de performance de l'ensemble des services.

Calcul des coefficients d'appréciation de l'ensemble des services.

Exemple: 123.177,10 / 179.373,360 = 0.068670788

N.B : afin de simplifier les calculs, prendre 04 chiffres

Après la virgule soit : 0.0686.

\*Colonne F = calcul du montant réel de l'indemnité de performance revenant à chaque service. = valeur d'un coefficient x coefficient d'appréciation du service

Exemple : Médecine interne : 0,0686 x 18.843,360 = 12.926,54 DA

## **APPRECIATION DE LA PERFORMANCE INDIVIDUELLE**

L'indemnité de performance individuelle est destinée à récompenser le rendement individuel de chaque travailleur et à générer un esprit de compétitivité entre tous les travailleurs d'une même structure.

L'aspect individuel de cette indemnité est déterminé par :

- La qualité et la quantité du travail fourni
- Le comportement dans le service (vis à vis des malades et des autres personnels)
- Le respect de la hiérarchie
- L'absentéisme (maladie, absences irrégulière, retards....)
- Discipline

Les critères sus-cités auront un impact direct sur la notation de l'agent.

- La notation des critères est à réaliser localement au sein de l'entité (voir fiche de notation);

**FICHE DE NOTATION**

(Réservée à l'attribution de la prime de rendement individuel)

Nom et Prénom..... Matricule.....

Grade et fonction ..... Statut .....

- Qualité et quantité du travail fourni ...../5
- Comportement dans le service...../5  
(vis à vis du public, tenue vestimentaires etc.....)
- Absentéisme ...../5  
(maladie, Absences irrégulières, retards.....)
- Discipline...../5

TOTAL

**LE Responsable Direct**  
(Nom, qualité, signature)

**Le Chef de Service**  
(Cachet et signature)

**LE DIRECTEUR**



**II- MODALITE DE CALCUL DE L'INDEMNITE DE PERFORMANCE REVENANT A CHAQUE AGENT:  
ETUDE DE CAS POUR LA DETERMINATION DE L'INDEMNITE  
DE PERFORMANCE REVENANT A CHAQUE AGENT**

**Exemple : Service de Médecine Interne**

Nom et prénom des agents	Montant rémunération Principale (G)	Indice rémunération Principale (H)	Note (I)	Quotient Individuel des services (J)	Valeur d'un Quotient (K)	Indemnité de performance revenant à l'agent (L)
Belkacem cherifa	5357,00	487	16	7792		624,24
Souguer samir	5357,00	487	17	8269		665,38
Nofa rabah	5299,66	475	16	7600		610,81
Afiri boualem	4103,00	473	17	6341		509,62
Belkacem Md.akli	5135,00	461	16	7376		592,80
Adjini samia	3377,00	288	15	4320		347,19
Cherif mohamed	3816,56	324	16	5184		416,63
Melaksouoahida	4573,46	475	16	7600		610,81
Mebout djouheur	3377,00	288	16	4608		370,34
Zerdani nabil	3523,52	300	16	4800		385,97
Slimani said	3377,00	288	16	4608		370,34
Baazizi aziz	3523,52	300	16	4800		385,77
Tafat lounés	3377,00	288	16	4608		370,34
Fertas rabah	3073,00	252	16	4032		324,05
Hamidi rabah	3906,32	320	17	5440		437,21
Gharbi moussa	3503,39	287	15	4305		345,99
Chemli omar	3503,39	287	14	4018		322,92
Nait said arezki	3503,39	287	15	4305		345,99
Doudah seghir	4040,63	331	17	5627		452,24
Berkani akli	3637,70	298	17	5066		407,15
Sadouli halima	3252,95	303	17	5151		413,98
Redjala ahmed	3252,95	303	17	5151		413,98
Bekkiche slimane	4573,46	390	17	6630		-532,85
Hattab houaria	3647,70	298	16	4768		-583,20
Azem salem	2071,32	162	15	2430		-195,20
Souissi mouloud	2275,96	170	16	2720		-218,60
Henni kebir	2079,26	154	16	2464		198,03
Djoumadi anwar	1969,00	154	16	2464		198,03
Baileche moloud	2071,32	162	15	2430		195,29
Zerguat khedidja	1969,00	154	16	2464		198,03
Merabet halim	1969,00	154	16	2464		198,03
Zahar tahar	2434,90	195	17	3315		-266,42
Tahri rabah	2244,00	179	17	3043		244,56
Siaghi ali	1969,00	154	14	2156		173,27
Salmi omar	2027,46	154	16	2464		198,03
<b>TOTAUX</b>	<b>177771,00</b>			<b>160823</b>	<b>8,037</b>	<b>12924,24</b>

\* Colonne G = Rémunération principale de chaque agent = salaire de base + I.E.P

\* Colonne H = Indice de Rémunération principale

\* Colonne I = Note attribuée à l'agent en fonction des paramètres d'appréciation

\* Colonne J = Calcul du quotient individuel = indice de la réanimation principale x note individuelle de l'agent

exemple:

$$\text{BELKACEM Chérifa } 487 \times 16 = 7.792$$

\* Colonne K =

Calcul de la valeur d'un quotient = montant réel de l'indemnité de performance revenant au service (colonne F)

---

Calcul des quotients individuels des agents du service

Exemple :

$$\frac{12.292,54 \text{ DA}}{160,823} = 8.037 \text{ DA}$$

Exemple:

\* Colonne L = Indemnité de performance revenant à chaque agent = valeur d'un quotient x quotient individuel de l'agent

$$\text{BELKACEM Chérifa} = 8.037 \text{ DA} \times 7.792 = 624.24 \text{ DA}$$

OBSERVATION GENERALE: En raison des différents calculs dont les chiffres comportent des décimales le montant global de l'indemnité de performance revenant à l'ensemble des services peut être légèrement inférieur au montant global de l'indemnité réellement attribuée.

Dans tous les cas la montant total des indemnités de performance alloués ne sauraient dépasser les 10% de la masse salariale des agents.

## NORMES MOYENNES

Les normes retenues ont été identifiées sur la base des statistiques nationales recueillies et traitées par la direction de la planification du Ministère de la santé, pour l'année 1989.

### Services de long séjour

DMS = 36 jours

Taux d'occupation des lits: 60%

### Centre Hospitalo- universitaire

DMS = 08 jours

Taux d'occupation des lits: 67 %

MOYENNE	NATIONALES	PAR	SERVICE
SPECIALISTES	TAUX D'OCCUPATION		
- CHIRURGIE GENERALE	62		09 jours
- GYNECO-OBSTETRIQUE	58		04 jours
- PEDITRIE	56		07 jours
- MEDECINE	57		08 jours
- OPHTALMOLOGIE	48		09 jours
- REANIMATION	49		05 jours
- ORL	42		07 jours
- PSYCHIATRIE	68		10 jours
- CARDIOLOGIE	66		14 jours
- PNEMO -OPHTISIO	57		15 jours
- ORTHO-TRAUMATO	59		11 jours
- CHIRURGIE- INFANTILE	61		09 jours
- MALADIES INFECTIEUSES	41		07 jours
- DERMATO-VENEROLOGIE	55		17 jours
- GASTRO-ENTEROLOGIE	78		15 jours
- UROLOGIE	63		17 jours
- HEMATOLOGIE	59		08 jours
- REEDUCATION FONCTIONNELLE	51		54 jours
- ENDOCRINOLOGIE	69		15 jours
- NEUROLOGIE	43		12 jours
- RHUMATOLOGIE	67		21 jours
- NEURO-CHIRURGIE	80		15 jours
- MATERNITE	49		02 jours

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée portant statut général de la fonction publique ;

Vu le décret n° 85-58 du 23 mars 1985, modifié, relatif à l'indemnité d'expérience ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs des organismes employeurs

Vu le décret exécutif n° 90-193 du 23 juin 1990 portant revalorisation des rémunérations principales des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques,

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est alloué à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1990, au profit des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques, une prime de rendement fixée à un taux maximum de 5 % de leur rémunération principale.

**Article 2** : L'attribution de la prime de rendement est exclusive de toutes indemnités de même nature.

Sont exclus du bénéfice de la prime de rendement les travailleurs jouissant d'un régime indemnitaire particulier et spécifique.

**Article 3** : le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire

Fait à Alger, le 23 juin 1990

**Mouloud HAMROUCHE**

**Décret exécutif n° 91-94 du 13 avril 1991 modifiant et complétant le décret exécutif n° 90-194 du 23 juin 1990 fixant la prime de rendement allouée au profit des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 89-224 du 5 décembre 1989 portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques ;

;

Vu le décret n° 89-225 du 5 décembre 1989 portant statut particulier des ouvriers professionnels, conducteurs d'automobiles et appariteurs ; •

Vu le décret exécutif n° 90-193 du 23 juin 1990 portant revalorisation des rémunérations principales des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret exécutif n° 90-194 du 23 juin 1990 fixant la prime de rendement allouée au profit des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le taux maximum de la prime de rendement prévue par l'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n° 90-194 du 23 juin 1990 susvisé est porté à 10% de la rémunération principale à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1991 au profit des agents régis par les décrets exécutifs n° 89-224 et n° 89-225 du 5 décembre 1989 susvisés.

**Article 2** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 13 avril 1991.

**Mouloud HAMROUCHE**

**Décret exécutif n° 03-36 du 19 Chaâbane 1424 correspondant au 15 octobre 2003 modifiant et complétant le décret exécutif n° 99-194 du 23 juin 1990 fixant la prime de rendement allouée au profit des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);

Vu le décret n° 85-58 du 23 mars 1985, modifié, relatif à l'indemnité d'expérience;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 89-224 du 5 décembre 1989 portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps communs des institutions et administrations publiques;

Vu le décret exécutif n° 89-225 du 5 décembre 1989 portant statut particulier des ouvriers professionnels, conducteurs d'automobiles et appariteurs;

Vu le décret exécutif n° 90-193 du 23 juin 1990 portant revalorisation des rémunérations principales des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques;

Vu le décret exécutif n° 90-194 du 23 juin 1990, modifié est complété, fixant la prime de rendement allouée, au profit des travailleurs relevant du secteur des institutions et administrations publiques;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le taux maximum de la prime de rendement, prévue par l'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n° 90-194 du 23 juin 1990, susvisé, est porté à 25% de la rémunération principale à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2003.

**Article 2** : Le taux maximum de la prime de rendement, prévue par l'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n°90-194 du 23 juin 1990, susvisé, est porté à 30% de la rémunération principale à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2003, au profit des agents régis par les décrets exécutifs n° 89-224 et n° 89-225 du 5 décembre 1989, susvisés.

**Article 3** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Chaâbane 1424 correspondant au 15 octobre 2003.

**Ahmed OUYAHIA**

Le Chef du Gouvernement,  
 Sur le rapport des ministres de la santé et des affaires sociales et des universités ;  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
 Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;  
 Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
 Vu le décret n° 82-494 du 18 décembre 1982 fixant les rémunérations des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes, des spécialistes et spécialistes hospitalo-universitaires ;  
 Vu le décret n° 77-114 du 6 août 1977 fixant les conditions d'exercice des fonctions d'enseignement ainsi que les tâches administratives des professeurs, docents, maîtres de conférence et maîtres-assistants des universités et autres établissements d'enseignement supérieur ;  
 Vu le décret exécutif n° 90-364 du 10 novembre 1990 portant intégration de l'indemnité spécifique globale servie à certains personnels de l'enseignement supérieur dans l'assiette de calcul de la pension de retraite ;  
 Vu le décret exécutif n° 90-365 du 10 novembre 1990 fixant les conditions d'indemnisation des productions scientifiques et pédagogiques des enseignants relevant du ministère aux universités ;  
 Vu le décret exécutif n° 90-386 du 24 novembre 1990 fixant une indemnité de grade allouée aux personnels des structures de la santé assurant la garde ;  
 Vu le décret exécutif n° 90-415 du 22 décembre 1990 instituant une indemnité de performance et d'amélioration des prestations au profit des travailleurs des établissements relevant du secteur de la santé.

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est institué une indemnité hospitalière au profit des spécialistes, maîtres-assistants, docents et professeurs hospitalo-universitaires.

**Article 2** : Les montants mensuels de cette indemnité sont fixés conformément au tableau annexé au présent décret.

**Article 3** : L'indemnité prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, est soumise à cotisation et est prise en charge en compte pour le calcul de la pension de retraite ;

**Article 4** : Les dispositions des décrets n° 90-364 et 90-365 du 10 novembre 1990 susvisés, sont étendues aux spécialistes hospitalo-universitaires.

**Article 5** : Les spécialistes hospitalo-universitaires bénéficient en outre, des dispositions du décret n° 77-114 du 6 août 1977, ainsi que celles du décret n° 90-415 du 22 décembre 1990 susvisés.

**Article 6** : Les primes et indemnités visées aux articles 1<sup>er</sup>, 2, 3 et 4 sont exclusives de toutes autres primes et indemnités, à l'exclusion de l'indemnité d'expérience professionnelle, de l'indemnité de zone et de l'indemnité de garde.

**Article 7** : Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées, notamment celles du présent décret n° 82-494 du 18 décembre 1982 susvisé.

**Article 8** : Le présent décret qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1991 sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 décembre 1991

**Sid Ahmed GHOZALI**

**TABLEAU ANNEXE**

CORPS	ANCIENNETÉ REQUISE ET MONTANT EN DINARS DE L'INDEMNITE				
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	6 à 10 ans	10 à 16 ans	16 ans et plus
Maître-assistant	6.750	7.000	7.500	8.000	8.500
Docent	7.750	8.000	8.500	9.000	9.500
Professeur	8.750	9.000	9.500	10.000	10.500

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population et du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2);

Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995, portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996, portant nomination des membres du Gouvernement.

Vu le décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, portant régime indemnitaire des spécialistes hospitalo-universitaires, modifié et complété par le décret exécutif n° 92-492 du 28 décembre 1992, notamment son article 2;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>**: Le tableau annexé au décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, susvisé, est modifié comme suit :

**1) — Indemnité hospitalière applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1994.**

CORPS	ANCIENNETE REQUISE ET MONTANT EN DINARS DE L'INDEMNITE				
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	6 à 10 ans	10 à 16 ans	16 ans et plus
<b>Maître assistant</b>	8.400	8.800	9.400	10.000	10.600
<b>Docent</b>	10.300	10.600	11.200	11.800	12.450
<b>Professeur</b>	11.800	12.100	12.700	13.400	14.000

**2) — Indemnité hospitalière applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1996.**

CORPS	ANCIENNETE REQUISE ET MONTANT EN DINARS DE L'INDEMNITE				
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	6 à 10 ans	10 à 16 ans	16 ans et plus
<b>Maître assistant</b>	9.240	9.680	10.340	11.000	11.660
<b>Docent</b>	11.330	11.660	12.320	12.980	13.695
<b>Professeur</b>	12.980	13.310	13.970	14.740	15.400

**Article 2** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 Chaoual 1416 correspondant au 24 février 1996.

**Ahmed OUYAHIA.**



Le Chef du Gouvernement,  
 Sur le rapport conjoint du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
 Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
 Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;  
 Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;  
 Vu le décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant régime indemnitaire des spécialistes hospitalo-universitaires ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de modifier certaines dispositions du décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, susvisé.

**Article 2 :** Le tableau annexé au décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

GRADE	ANCIENNETE REQUISE ET MONTANT MENSUEL DE L'INDEMNITE EN DA				
	0 à 3ans	3 à 6ans	6à10ans	10 à 16ans	16 ans et plus
Maitre assistant	11.550	12.100	12.930	13.750	14.575
Docent	14.730	15.160	16.020	16.870	17.800
Professeur	17.520	17.970	18.860	19.900	20.790

**Article 3 :** L'article 4 du décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, susvisé, est modifié ainsi qu'il suit:

"Art. 4. — En outre, il est institué, au profit des spécialistes hospitalo-universitaires nommés en qualité de chef de service ou de chef d'unité hospitalo-universitaire, une indemnité de responsabilité servie, mensuellement, conformément au tableau ci-après :

POSTES SUPERIEURS	MONTANTS EN DA
Professeur chef de service	20.000
Professeur chef d'unité	17.000
Docent chef de service	17.000
Docent chef d'unité	14.000
Maître-assistant chef de service	10.000
Maître-assistant chef d'unité	7.000

**Article 4 :** L'article 6 du décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991, susvisé, est modifié comme suit:

"Art. 6. — Les indemnités prévues par le présent décret sont exclusives de toutes primes ou indemnités de même nature".

**Article 5 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2003.

**Article 6 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Dhou El Kaada 1424 correspondant au 8 janvier 2004.

**Ahmed OUYAHIA**

**Décret exécutif n° 91-112 du 27 avril 1991 portant institution et modalités d'attribution de l'indemnité spécifique globale servie  
aux praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique**

Le chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée portant statut général de la fonction publique ;  
Vu le décret n° 82-494 du 18 décembre 1982, fixant les rémunérations des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes, des spécialistes, et des spécialistes hospitalo-universitaires ;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens généralistes spécialistes médicaux de santé publique ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>**: Il est institué une indemnité spécifique globale au profit des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes généralistes et spécialistes.

**Article 2** : Les montants mensuels de cette indemnité sont fixés conformément au tableau annexé au présent décret.

**Article 3** : Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées et notamment celles du décret n° 82-494 du 18 décembre 1982 susvisé.

**Article 4** : Le présent décret qui prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1991 sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 avril 1991.

**Mouloud HAMROUCHE.**

CORPS	ANCIENNETE REQUISE ET MONTANT EN DINARS DE L'INDEMNITE				
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	6 à 10 ans	10 à 16 ans	16 ans et plus
Médecins généralistes	5.200	5.500	5.500	5.500	5.500
Pharmaciens et Chirurgiens dentistes généralistes	4.700	5.000	5.000	5.000	5.000
Spécialistes 1 <sup>er</sup> degré	6.750	7.000	7.500	8.000	8.500
Spécialistes 2 <sup>ème</sup> degré	7.750	8.000	8.500	9.000	9.300
Spécialistes 3 <sup>ème</sup> degré	8.750	9.000	9.500	10.000	10.500

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens généralistes et spécialistes médicaux de santé publique, notamment son article 32 ;  
Vu le décret exécutif n° 91-112 du 27 avril 1991 portant institution et modalités d'attribution de l'indemnité spécifique globale au profit des praticiens médicaux de santé publique ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Les taux de l'indemnité de qualification instituée par le décret n° 91-106 du 27 avril 1991 susvisé sont fixés conformément au tableau ci-après :

CORPS	ANCIENNETE REQUISE ET TAUX DE L'INDEMNITE DE QUALIFICATION				
	0-3	3-6	6- 10	10 16	16 et plus
Praticiens médicaux Généralistes de santé publique	Néant	20%	30%	40%	50%

**Article 2** : Pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 1990 au 31 décembre 1990, l'indemnité de qualification est calculée sur les montants fixés par le décret n° 82-494 du 18 décembre 1982 portant fixation des rémunérations des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes, des spécialistes, et des spécialistes hospitalo-universitaires.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 1991, cette indemnité est calculée sur les montants de l'indemnité spécifique globale servie aux praticiens médicaux généralistes, conformément aux dispositions fixées par le décret n° 91-112 du 27 avril 1991 portant institution et modalités d'attribution de l'indemnité spécifique globale servie aux praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique .

**Article 3** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 11 mai 1991.

**Mouloud HAMROUCHE.**

**Décret exécutif n° 93-229 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-112 du 27 avril 1991 portant institution et modalités d'attribution de l'indemnité spécifique globale servie aux praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116;  
Vu le décret exécutif n° 91 -112 du 27 avril 1991 portant institution et modalités d'attribution de l'indemnité spécifique globale servie aux praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique;  
Vu le décret exécutif n° 93-228 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le tableau annexé au décret exécutif n° 91-112 du 27 avril 1991 susvisé est modifié comme suit :

CORPS	ANCIENNETE REQUISE ET MONTANT EN DINARS DE L'INDEMNITE				
	0 à 3 ANS	3 à 6 ANS	6 à 10 ANS	10 à 16 ANS	16 ANS ET PLUS
Médecins généralistes	5.200	5.500	5.500	5.500	5.500
Pharmaciens et chirurgiens dentistes généralistes	4.700	5.000	5.000	5.000	5.000
Praticiens médicaux spécialistes de santé publique	6.750	7.000	7.500	8.000	8.500

**Article 2** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993.

**Rédha MALEK.**

**Décret exécutif n° 93-230 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993 fixant les modalités d'attribution de l'indemnité de qualification au profit des praticiens médicaux spécialistes de santé publique.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116;  
Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques;  
Vu le décret exécutif n° 91-112 du 27 avril 1991 portant institution et modalités d'attribution de l'indemnité spécifique globale servie aux praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique modifié et complété;  
Vu le décret exécutif n° 93-228 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : L'indemnité de qualification instituée par le décret exécutif n° 93-228 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 susvisé, est attribuée aux praticiens médicaux spécialistes de santé publique selon les taux et ancienneté fixés conformément au tableau ci-après :

CORPS	ANCIENNETE REQUISE ET TAUX DE L'INDEMNITE DE QUALIFICATION			
	0 à 3 ANS	3 à 6 ANS	6 à 10 ANS	10 ANS ET PLUS
Praticiens médicaux spécialistes de santé publique	20%	30%	40%	50%

**Article 2** : L'indemnité de qualification est calculée sur les montants de l'indemnité spécifique globale servie aux praticiens médicaux spécialistes de santé publique conformément aux dispositions fixées par le décret exécutif n° 91-112 du 27 avril 1991, modifié et complété susvisé.

**Article 3** : Le présent décret qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1993 sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993.

**Rédha MALEK.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé et de la population;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116;  
Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique;  
Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales;  
Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1993 relative à la retraite;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques;  
Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs;  
Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique;  
Vu le décret exécutif n° 91-112 du 27 avril 1991 portant institution et modalités d'attribution de l'indemnité spécifique globale servie aux praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique modifié et complété;  
Vu le décret exécutif n° 91-130 du 11 mai 1991 fixant les taux de l'indemnité de qualification instituée au profit des praticiens médicaux généralistes de santé publique;  
Vu le décret exécutif n° 93-230 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993 fixant les modalités d'attribution de l'indemnité de qualification au profit des praticiens médicaux spécialistes de santé publique;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : L'indemnité spécifique globale instituée par le décret exécutif n° 91-112 du 27 avril 1991 susvisé, l'indemnité de qualification instituée par le décret exécutif n° 91-130 du 11 mai 1991 susvisé et l'indemnité de qualification instituée par le décret exécutif n° 93-230 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993 susvisé, sont soumises aux cotisations d'assurances sociales et de retraite.

**Article 2** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993.

**Rédha MALEK.**

**Décret exécutif n° 96-84 du 6 Chaoual 1416 correspondant au 24 février 1996 modifiant le décret exécutif n° 93-230 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993, Fixant les modalités d'attribution de l'indemnité de qualification au profit des praticiens médicaux spécialistes de santé publique.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2);

Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995, portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996, portant nomination des membres du Gouvernement.

Vu le décret exécutif n° 93-230 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 5 octobre 1993, fixant les modalités d'attribution de l'indemnité de qualification au profit des praticiens médicaux spécialistes de santé publique;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le tableau prévu à l'article 1er du décret exécutif n° 93-230 du 5 octobre 1993, susvisé, est modifié comme suit :

CORPS	ANCIENNETE REQUISE ET TAUX DE L'INDEMNITE DE QUALIFICATION			
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	6 à 10 ans	10 et plus
Praticiens médicaux spécialistes de santé publique	27%	37%	47%	57%

**Article 2** : L'article 2 du décret exécutif n° 93-230 du 5 octobre 1993 susvisé, est modifié comme suit :

"Art. 2. — L'indemnité de qualification est calculée sur le salaire de base du grade d'origine".

**Article 3** : Le présent décret qui prend effet à compter du 1er janvier 1996, sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 Chaoual 1416 correspondant au 24 février 1996.

**Ahmed OUYAHIA.**

**Décret exécutif n° 96-85 du 6 Chaoual 1416 correspondant au 24 février 1996 modifiant le décret exécutif n° 91-130 du 11 mai 1991 fixant les taux de l'indemnité de qualification instituée au profit des praticiens médicaux généralistes de santé publique.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2);

Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995, portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996, portant nomination des • membres du Gouvernement

Vu le décret exécutif n° 91-130 du 11 mai 1991, fixant les taux de l'indemnité de qualification au profit des praticiens médicaux généralistes de santé publique;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>**: Le tableau prévu à l'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n° 91-130 du 11 mai 1991 susvisé, est modifié comme suit :

CORPS	ANCIENNETE REQUISE ET TAUX DE L'INDEMNITE DE QUALIFICATION				
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	6 à 10 ans	10 à 16 ans	16 ans et plus
<b>Praticiens médicaux généralistes de santé publique</b>	7%	27%	37%	47%	57%

**Article 2** : L'article 2, (alinéa 2) du décret exécutif n° 91-130 du 11 mai 1991 susvisé, est modifié comme suit :

"Art. 2. —.....

L'indemnité de qualification est calculée sur le salaire de base du grade d'origine".

**Article 3** : Le présent décret qui prend effet à compter du 1er janvier 1996, sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 Chaoual 1416 correspondant au 24 février 1996.

**Ahmed OUYAHIA.**



Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1<sup>er</sup>) ;  
Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;  
Vu le décret exécutif n° 91-112 du 27 avril 1991 portant institution et modalité d'attribution de l'indemnité spécifique globale servie aux praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le tableau annexé au décret exécutif n° 91-112 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié conformément au tableau annexé au présent décret.

**Article 2** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2002.

**Article 3** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 9 Chaabane 1423 correspondant au 16 octobre 2002.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

**TABLEAU ANNEXE**

CORPS	ANCIENNETE REQUISE ET MONTANTS EN DA DE L'INDEMNITE				
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	6 à 10 ans	10 à 16 ans	16 ans et plus
Médecins généralistes	7020	7425	7425	7425	7425
Pharmaciens et chirurgiens dentistes généralistes	6345	6750	6750	6750	6750
Praticiens spécialistes assistants	9115	9450	10200	10800	11475
Praticiens spécialistes principaux	12115	12450	13200	13800	14475
Praticiens spécialistes chefs	15115	15450	16200	16800	17875

Le Chef du Gouvernement,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques;

Vu le décret présidentiel n° 02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique, modifié et complété ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est institué au profit des praticiens médicaux de santé publique une indemnité mensuelle d'encadrement.

**Article 2** : L'indemnité d'encadrement prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, rémunère la participation des praticiens spécialistes de santé publique :

-la conception, au suivi et à l'évaluation des programmes et projets de santé publique ;

-à l'encadrement des personnels médicaux et paramédicaux assurant l'exécution des programmes et projets de santé publique. Ces personnels peuvent dépendre d'une structure ou d'un établissement différent du lieu d'exercice du praticien spécialiste.

**Article 3** : Les praticiens spécialistes de santé publique exerçant l'activité complémentaire, telle que définie à l'article 201 -1 de la loi 85-05 du 16 février 1985 susvisée, n'ouvrent pas droit au bénéfice de l'indemnité d'encadrement prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus.

**Article 4** : Les montants mensuels de l'indemnité d'encadrement sont fixés comme suit :

- praticien médical spécialiste assistant : 4.000 DA ;
- praticien médical principal : 10.000 DA ;
- praticien médical spécialiste chef : 14.000 DA.

**Article 5** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2002.

**Article 6** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 Chaoual 1423 correspondant au 9 décembre 2002.

**Ali BENFLIS.**

**Décret exécutif n° 04-08 du 15 Dhou El Kaada 1424 correspondant au 8 janvier 2004 portant institution d'une indemnité de responsabilité au profit des praticiens spécialistes de santé publique.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

Décète :

**Article 1<sup>er</sup>** : - Il est institué au profit des praticiens spécialistes de santé publique occupant les postes supérieurs prévus à l'article 61 du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, une indemnité de responsabilité.

**Article 2** : - L'indemnité de responsabilité prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est servie, mensuellement, conformément au tableau ci-après :

POSTES SUPERIEURS	MONTANTS
Chef d'unité pourvu dans les conditions fixées à l'article 66-1.....	8.000 DA
Chef d'unité pourvu dans les conditions fixées à l'article 66-2.....	4.000 DA
Chef de service pourvu dans les conditions fixées à l'article 67-1.....	14.000 DA
Chef de service pourvu dans les conditions fixées à l'article 67-2.....	11.000 DA
Chef de service pourvu dans les conditions fixées à l'article 67-3 et 4.....	7.000 DA
Médecin de travail inspecteur pourvu dans les conditions fixées à l'article 68.....	4.000 DA

**Article 3** :- Les dispositions des *articles 69 bis et 69 ter* du décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé, sont abrogées.

**Article 4** :- Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2003.

**Article 5** :- Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Dhou El Kaada 1424 correspondant au 8 janvier 2004.

**Ahmed OUYAHIA.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2).

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n° 02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 89-224 du 5 décembre 1989, modifié et complété, portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps communs, aux institutions et administrations publiques.

Vu le décret exécutif n° 89-225 du 5 décembre 1989 portant statut particulier des ouvriers professionnels, conducteurs d'automobiles et appariteurs ;

Vu le décret exécutif 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique,

Vu le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 modifié et complété, portant statut particulier des personnels paramédicaux ;

Vu le décret exécutif n° 91-109 du 27 avril 1991 portant statut particulier des auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation,

Vu le décret exécutif n° 91-110 du 27 avril 1991 portant statut particulier des sages-femmes ;

Vu le décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des psychologues de santé publique ;

Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés,

Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

Vu le décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires,

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est institué une indemnité mensuelle de risque de contagion au profit des personnels relevant des structures de santé publique exerçant à titre permanent, des activités présentant un risque de contagion.

**Article 2** : Les structures de santé exposées un risque de contagion, les personnels bénéficiaires de l'indemnité de risque de contagion et les montants servis sont fixés selon le tableau annexé au présent décret.

**Article 3** : L'indemnité de risque de contagion est servie selon le classement des structures de santé et des personnels y exerçant à titre permanent opéré sur la base des critères suivants :

- caractère infectieux des affections traitées,
- degré de prévalence des affections contagieuses traitées.
- Degré de gravité des affections contagieuses pouvant être contractées par le personnel,
- Degré d'exposition des personnels au risque de contagion,
- Contacts répétés avec des malades atteints de maladies contagieuses,
- Et / ou contacts répétés avec des produits biologiques contaminant,
- Absence de protection efficace contre certains risques infectieux,

**Article 4** : Les effectifs concernés par l'indemnité de risque de contagion sont fixés selon les pourcentages ci-après :

- corps des spécialistes hospitalo-universitaires régis par le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, susvisé : 50% des effectifs ;
- corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique régis par le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé : 50% des effectifs ;
- corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique régis par le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, susvisé : 20% des effectifs
- corps des personnels paramédicaux régis par le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991, susvisé : 25% des effectifs
- corps des personnels auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation régis par le décret exécutif n° 91-109 du 27 décembre 1991, susvisé : 25% des effectifs ;
- corps des personnels sages-femmes régis par le décret exécutif n° 91-110 du 27 avril 1991, susvisé : 25% des effectifs ;
- corps des ouvriers professionnels régis par le décret exécutif n° 89-225 du 5 décembre 1989 susvisé ; 10% des effectifs ;
- corps des personnels appartenant à la filière laboratoire régis par le décret exécutif n° 89-224 du 5 décembre 1989, susvisé : 75% des effectifs,
- corps des psychologues de santé publique régis par le décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991, susvisé : 20% des effectifs.

**Article 5** : Le ministre chargé de la santé déterminera, sur la base des pourcentages prévus à l'article 4 ci-dessus, les effectifs par établissement de santé ;

**Article 6** : La liste nominative des personnels ouvrant droits à l'indemnité de risque de contagion est arrêtée périodiquement par le chef de l'établissement concerné après avis conforme du conseil scientifique ou médical.

**Article 7** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 3 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 4 février 2003

**Ali BENFLIS**

**ANNEXE**

<b>Structures</b>	<b>Montant de l'indemnité en Dinars</b>	<b>Personnels concernés</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladies infectieuses</li> <li>- Hémodialyse</li> <li>- Pneumo-phtisiologie</li> <li>- Anesthésie-réanimation</li> </ul>	2000 DA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agents polyvalents en hygiène et assainissement</li> <li>- paramédicaux, sages-femmes, auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation.</li> <li>- fonctionnaires de la filière laboratoire</li> <li>- praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique.</li> <li>- spécialistes hospitalo-universitaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- chirurgie dentaire</li> <li>- microbiologie</li> <li>- Biochimie et biologie</li> <li>- Transfusion sanguine</li> <li>- Gynéco-obstétrique</li> <li>- Médecine légale</li> <li>- Chirurgie générale et spécialités chirurgicales</li> <li>- Epidémiologie et médecine préventive</li> <li>- Pédiatrie</li> <li>- Néonatalogie</li> <li>- Médecine interne</li> <li>- Urgences médicales et chirurgicales</li> </ul>	1500 DA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- personnels cités plus haut</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatrie</li> </ul>	1500 DA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- personnels cités plus haut</li> <li>- psychologues de santé publique</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buanderie-Lingerie</li> </ul>	2000 DA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agents polyvalents en buanderie-lingerie</li> </ul>

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2).

Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection de la santé ;

Vu l'ordonnance n° 94-03 du 27 Rajab 1415 correspondant au 31 décembre 1994 portant loi de finances pour 1995 notamment son article 165,

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs relevant des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n° 2000-256 du 26 Joumada El Oula 1421 correspondant au 26 août 2000 portant nomination du chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 01-139 du 8 Rabie el aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-415 du 22 décembre 1990 instituant une indemnité de performance et d'amélioration des prestations au profit des travailleurs des établissements du secteur de la santé,

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

Vu le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des personnels paramédicaux ;

Vu le décret exécutif n° 91-109 du 27 avril 1991 portant statut particulier des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation ;

Vu le décret exécutif n° 91-110 du 27 avril 1991 portant statut particulier des sages-femmes ;

Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et promotion de la santé ;

**Décète:**

**Article 1er :** Le présent décret a pour objet d'instituer une prime d'intéressement au profit de certains personnels relevant des centres hospitalo-universitaires, des établissements hospitaliers spécialisés et des secteurs sanitaires et de fixer les modalités de son attribution.

**Article 2 :** La prime d'intéressement vise à renforcer la couverture sanitaire de la population, à améliorer la qualité et l'efficacité des activités développées dans les établissements publics de santé et à compenser la renonciation à l'exercice de l'activité complémentaire telle que définie par l'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée.

**Article 3 :** La prime d'intéressement est attribuée aux spécialistes hospitalo-universitaires et aux spécialistes de santé publique, au titre de leur renonciation à l'exercice de l'activité complémentaire, de leur performance et de l'exercice dans des services à activités intensives et à hauts risques. La prime d'intéressement est étendue aux praticiens médicaux généralistes de santé publique au titre de leur performance et de l'exercice dans des services à activités intensives et à hauts risques.

La liste des services à activités intensives et à hauts risques est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 4 :** La prime d'intéressement accordée au titre de la performance est attribuée en fonction du degré de réalisation des objectifs fixés dans le cadre d'un cahier des charges définissant la nature et le volume des activités, ainsi que les obligations de chaque service et de chaque praticien médical.

**Article 5 :** La prime d'intéressement accordée au titre de la performance est exclusive de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations instituée par le décret exécutif n° 90-415 du 22 décembre 1990 susvisé.

**Article 6 :** Les montants mensuels maximum de la prime d'intéressement sont fixés conformément au tableau annexe au présent décret.

**Article 7 :** Les praticiens médicaux et les personnels paramédicaux assurant des activités d'assistance, dans le cadre d'un jumelage avec les établissements publics de santé situés dans les zones enclavées et / ou déshéritées dépourvues de cadres, bénéficient d'une majoration de la prime d'intéressement, respectivement de 700 dinars et 300 dinars, par journée de travail effectif, dans la limite de cinq (5) jours par mois.

**Article 8 :** Les praticiens médicaux et les personnels paramédicaux composant les équipes mobiles assurant des soins aux populations éparses et / ou normales bénéficient d'une majoration de la prime d'intéressement respectivement de 700 dinars et de 300 dinars, par journée de travail effectif, dans la limite de sept (7) jours par mois.

**Article 9 :** Les personnels paramédicaux exerçant dans les services à activités intensives et à hauts risques prévus à l'article 3 du présent décret bénéficient d'une prime d'intéressement mensuelle de 2.500 dinars.

**Article 10 :** La prime d'intéressement est financée par les ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé telles que prévues par l'article 165 de la loi de finances pour 1995 et les textes pris pour son application.

**Article 11 :** Les modalités d'application des dispositions du présent décret sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 12 :** Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002.

**Article 13 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 Moharram 1423 correspondant au 6 avril 2002.

**Ali BENFLIS**

**ANNEXE  
MONTANTS DE LA PRIME D'INTERESSEMENT**

<b>BENEFICIAIRE</b>	<b>RENONCIATION a l'activité complémentaire</b>	<b>TAUX de réalisation des objectifs</b>	<b>EXERCICE dans les services A activités intensives et à hauts risques</b>	<b>MONTANT Maximum de la Prime</b>
Professeur chef de service	24.000 DA	0 à 12.000 DA	4.000 DA	40.000 DA
Professeur chef d'unité	17.000 DA	0 à 9.000 DA	4.000 DA	30.000 DA
Professeur	12.000 DA	0 à 8.000 DA	3.000 DA	23.000 DA
Docent chef de service	17.000 DA	0 à 9.000 DA	4.000 DA	30.000 DA
Docent Chef d'unité	12.000 DA	0 à 8.000 DA	3.000 DA	23.000 DA
Docent	10.000 DA	0 à 7.000 DA	2.000 DA	19.000 DA
Maître assistant chef de service	12.000 DA	0 à 9.000 DA	3.000 DA	24.000 DA
Maître assistant chef d'unité	10.000 DA	0 à 8.000 DA	3.000 DA	21.000 DA
Maître assistant	8.000 DA	0 à 7.000 DA	2.000 DA	17.000 DA
Spé. de santé publique chef de service	12.000 DA	0 à 9.000 DA	3.000 DA	24.000 DA
Spé . de santé publique chef d'unité	10.000 DA	0 à 8.000 DA	3.000 DA	21.000 DA
Spé . de santé publique	8.000 DA	0 à 7.000 DA	2.000 DA	17.000 DA
Praticien généraliste coordinateur	/	0 à 6.000 DA	3.000 DA	9.000 DA
Praticien généraliste	/	0 à 5.000 DA	2.000 DA	7.000 DA

**Instruction n°005 /MSP/MIN du 28 avril 2002 relative aux conditions et aux modalités d'attribution de la prime d'intéressement au profit de certains personnels relevant des établissements publics de santé.**

La structure et la consistance actuelle de la rémunération ne permettent pas l'émulation et l'intéressement des personnels de santé aux résultats des activités et, à terme, leur indispensable et préalable mobilisation autour des grands défis du secteur.

C'est pourquoi, dans le cadre de l'utilisation efficiente des ressources humaines qui constituent le principal atout et l'axe majeur et prioritaire de la réforme du système national de santé, une prime d'intéressement est instituée par le décret exécutif n°02-119 du 6 Avril 2002 au profit des spécialistes hospitalo-universitaires, des praticiens spécialistes de santé publique et des praticiens généralistes. Elle concerne également les personnels paramédicaux exerçant dans les services à activités intensives et à hauts risques et ceux participant dans les équipes mobiles et dans les activités d'assistance dans le cadre du jumelage.

Cette prime d'intéressement se décompose en cinq (5) rubriques :

la première rubrique concerne une prime rémunérant la renonciation à l'exercice de l'activité complémentaire.

La deuxième rubrique est relative à la performance. Elle est attribuée en fonction du degré de réalisation des objectifs.

La troisième rubrique concerne la prime relative à l'exercice dans les services à activités intensives et à hauts risques.

La quatrième rubrique est relative aux activités d'assistance dans le cadre de jumelage

La cinquième rubrique concerne la participation au sein des équipes mobiles.

La présente instruction a pour objet de définir les conditions et les modalités pratiques d'attribution des différentes rubriques constituant la prime d'intéressement.

**Prime relative à la renonciation à l'exercice de l'activité complémentaire :**

Elle est attribuée à tout maître-assistant et à tout spécialiste de santé publique ayant 5 années d'ancienneté et plus, et à tout professeur et docent en sciences médicales qui renoncent par écrit et annuellement à l'exercice de l'activité complémentaire.

**Prime relative à la performance, attribuée en fonction du degré de réalisation des objectifs.**

en attendant l'élaboration d'un cahier des charges-type définissant la nature et le volume des activités, ainsi que les obligations de chaque service de chaque praticien médical, cette prime devra être octroyée sur la base des critères et conditions ci-dessous énumérés :

Respect de la durée légale de travail conformément à la législation et à la réglementation en vigueur,

Accomplissement correct des obligations statutaires et des charges quotidiennes, notamment :

la prise en charge des malades (soins curatifs et soins préventifs- participation à la prise en charge des gardes et des urgences)

participation aux tâches d'enseignement, de formation de recherche et d'administration, le cas échéant.

Bénéficiaires :

Praticiens spécialistes de santé publique et maîtres-assistants ayant cinq années d'ancienneté et plus en cette qualité, en sus de la prime relative à la renonciation de l'activité complémentaire, ces praticiens perçoivent 30% du montant prévu à la deuxième colonne du tableau annexé au décret sus cité.

Praticiens spécialistes de santé publique et maîtres-assistants n'ayant pas cinq années d'ancienneté : ils perçoivent 50% du montant prévu à la deuxième colonne du tableau annexé au décret sus cité puisque ces praticiens ne bénéficient pas de la prime relative à la renonciation de l'activité complémentaire.

Praticiens généralistes : ils perçoivent 70% du montant prévu à la deuxième colonne du tableau annexé au décret sus cité.

Cette prime est exclusive de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations (IPAP) instituée par le décret n°90-415 du 22 décembre 1990.

**Prime relative à l'exercice dans les services à activités intensives et à hauts risques**

Bénéficient de la prime au titre de l'exercice dans les services à activités intensives et à hauts risques conformément aux dispositions des articles 3 et 9 du décret sus-cité :

les praticiens spécialistes hospitalo-universitaires ;

les praticiens spécialistes de santé publique quelle que soit leur ancienneté

les praticiens généralistes

Les praticiens généralistes chefs sont assimilés aux praticiens généralistes coordinateurs et perçoivent donc le même montant.

6. les personnels paramédicaux



**La liste des services à activités intensives et à hauts risques, prévue au dernier alinéa de l'article 3 du décret sus-cité, est fixée par l'arrêté ministériel n° 10/MSP/MIN du 27 avril 2002.**

**Prime d'intéressement au titre des activités d'assistance dans le cadre d'un jumelage.**

Cette prime prévue à l'article 7 du décret sus-cité est accordée aux praticiens médicaux – tous corps confondus – et aux personnels paramédicaux, y compris les auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation et les sages femmes.

Toutefois, l'octroi de cette prime est subordonné :  
à l'existence d'une convention écrite passée entre les établissements publics concernés,  
à la validation expresse de cette convention par le ministère de la santé et de la population –direction des services de santé.  
Cette prime est fixée dans la limite maximum de cinq jours par mois :  
à 700 DA par journée de travail effectif pour les praticiens médicaux.  
à 300 DA par journée de travail effectif pour les paramédicaux.

**Prime d'intéressement accordée aux personnels composant les équipes mobiles.**

Cette prime est attribuée conformément aux dispositions de l'article 8 du décret sus-cité :  
aux personnels médicaux et paramédicaux tous corps confondus tels que énumérés au point n°4 de la présente instruction.  
Dans la limite de sept jours par mois et à raison de 700 DA par journée de travail effectif pour les personnels médicaux et de 300 DA par journée de travail effectif pour les personnels paramédicaux

La date d'effet du décret sus-cité étant fixée au 1<sup>er</sup> Janvier 2002, MM. Les directeurs d'établissements publics de santé sont instruits :

d'appliquer les dispositions de la présente instruction à compter du 1<sup>er</sup> mai 2002 pour l'ensemble des personnels bénéficiaires.  
D'établir un état des rappels pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 30 avril 2002 en retranchant le cas échéant les montants servis au titre de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations.

*Il demeure entendu que les personnels paramédicaux bénéficiaires de la prime d'intéressement au titre des points 3 – 4 et 5 de la présente instruction continuent à bénéficier de l'indemnité de performance et d'amélioration des prestations dans les conditions fixées par le décret exécutif n°90-415 du 22 décembre 1990.*

J'attache une importance toute particulière à la mise en application immédiate de cette instruction sous la responsabilité directe du chef d'établissement et du directeur de la santé et de la population.

Un rapport de synthèse mensuel d'exécution devra être adressé par chaque directeur de la santé et de la population de wilaya au ministère de la santé et de la population – Cabinet.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**ARRETE N° 10 / MSP / MIN DU 27 AVRIL 2002 FIXANT LA LISTE DES**  
**SERVICES A ACTIVITES INTENSIVES ET A HAUTS RISQUES**

**Le Ministre de la Santé et de la Population**

Vu le décret présidentiel n°01-139 du 08 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 31 Mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 07 Ramadhan 1416 correspondant au 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministère de la Santé et de la Population ;

Vu le décret exécutif n°02-119 du 23 Moharam 1423 correspondant au 06 Avril 2002 instituant une prime d'intéressement au profit de certains personnels relevant des établissements publics de santé et fixant les modalités de son attribution, notamment son article 3, alinéa 3.

**ARRETE**

**Article 1<sup>er</sup>** : le présent arrêté a pour objet de fixer la liste des services à activités intensives et à hauts risques, en application des dispositions de l'article 3, alinéa 3 du décret exécutif n° 02-119 du 06 Avril 2002 susvisé.

**Article 2** : les activités intensives et à hauts risques sont définies sur la base des critères suivants :

- Astreinte à des soins continus et contraignants
- Surcharge de travail liée à un sous effectif
- Caractère stratégique et prioritaire de certaines actions de santé.

**Article 3** : Les services à activités intensives et à hauts risques sont toutes entités organisées de soins hospitaliers ou de soins de santé de base ou s'exercent les activités suivantes :

- Activités permanentes en services ou unités de garde et d'urgence
- Activités permanentes au bloc opératoire au mois jusqu'à 16 heures durant les jours ouvrables
- Activités en salle d'accouchement
- Activités en service ou unité de soins intensifs et de réanimation post opératoire
- Activité de néonatalogie
- Activité en service d'aide médicale d'urgence (SAMU)
- Activités permanentes en unités de laboratoire d'urgence
- Activités permanentes en unités d'imagerie médicale d'urgence
- Activités de soins en santé mentale
- Activités de garde par praticien au delà de 6 gardes mensuelles

**Article 4** : La liste fixée à l'article 3 ci-dessus est révisée périodiquement, dans les mêmes formes, sur la base d'une évaluation des activités intensives et à hauts risques et des critères prévus à l'article 2 du présent arrêté.

**Article 5** : La liste des personnels bénéficiaires est établie et révisée périodiquement par le chef d'établissement après avis des chefs de services concernés et du conseil médical ou scientifique.

**Article 6** : Les directeurs de la santé et de la population de wilaya et les directeurs des établissements publics de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'application du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Abdelhamid ABERKANE**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

* Mesdames et Messieurs les DSP	(Tous)
* Mesdames et Messieurs les DG des CHU	(Tous)
* Messieurs les Directeurs des EHS	(Tous)
* Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires	(Tous)

**Texte N° 003**

**INSTRUCTION N° 003 DU 17 JANVIER 2004 FIXANT LES MODALITES D'APPLICATION DE L'ARRETE N° 002/MSPRH/MIN DU 10 JANVIER 2004 MODIFIANT ET COMPLETANT L'ARRETE N° 10/MSP/MIN DU 27 AVRIL 2002 FIXANT LA LISTE DES SERVICES A ACTIVITES INTENSIVES ET A HAUTS RISQUES.**

**REFERENCES :**

Décret n° 02/119 instituant une prime d'intéressement au profit de certains personnels relevant des établissements publics de santé et fixant les modalités de son application.  
Décret n°03-52 du 04 février 2003 instituant une indemnité de risque de contagion au profit des personnels exerçant dans certaines structures publiques de santé.  
L'Arrêté n° 10 /MSP/MIN du 27 avril 2002 fixant la liste des services à activités intensives et à hauts risques.  
Instruction n° 005/MSP/MIN du 28 avril 2002 relative aux conditions et modalités d'attribution de la prime d'intéressement au profit de certains personnels relevant des établissements publics de santé.  
Instruction n° 13 /MSP/MIN du 15 juillet 2002 modifiant et complétant l'instruction n° 005/MSP/MIN du 28 avril 2002 relative aux conditions et modalités d'attribution de la prime d'intéressement au profit de certains personnels relevant des établissements publics de santé.  
L'application simultanée des textes relatifs à la prime d'intéressement et à l'indemnité de contagion a fait ressortir la possibilité réglementaire de solutionner les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de la prime d'intéressement et qui avaient été à l'origine du gel de l'application de la rubrique relative à l'exercice dans les services à activités intensives et à hauts risques.  
La présente instruction a pour objet la mise en œuvre effective des dispositions de l'arrêté n° 002/MSPRH/MIN du 10 janvier 2004 modifiant et complétant l'arrêté n°10/MSP/MIN du 27 avril 2002 fixant la liste des services à activités intensives et à hauts risques.

**1- PERSONNELS CONCERNES :**

- Bénéficiant de l'application de la rubrique relative à l'exercice dans services à activités intensives et à hauts risques toutes les catégories de personnels prévues dans le décret n° 02/119 instituant une prime d'intéressement au profit de certains personnels relevant des établissements publics de santé et fixant les modalités de son application à l'exception des personnels bénéficiant de l'indemnité de contagion selon les dispositions du décret n°03-52 du 04 février 2003 instituant une indemnité de risque de contagion au profit des personnels exerçant dans certaines structures publiques de santé.  
Dans ce cadre les personnels figurant sur la liste des bénéficiaires de l'indemnité de contagion ne peuvent ouvrir droit au bénéfice de la mise en application de la rubrique relative à l'exercice dans les services à activités intensives et à hauts risques et ce eu égard de l'impossibilité réglementaire de rémunérer deux fois le même risque.

**2- STRUCTURES CONCERNEES :**

- Bénéficiant de l'application de la rubrique relative à l'exercice dans les services à activités intensives et à hauts risques toutes les catégories de personnels prévues dans le décret n°02/119 instituant une prime d'intéressement au profit de certains personnels relevant des établissements publics de santé et fixant les modalités de son application et exerçant au niveau de toute entité organisée hospitalière et extra-hospitalière où sont assurées des activités de soins hospitaliers ou de santé de base à l'exception de celles prévues au tableau annexé au décret exécutif n° 03-52 du 04 février 2003 susvisé.

**3- MODALITES PRATIQUES DE MISE EN ŒUVRE :**

La mise en œuvre effective de la rubrique relative à l'exercice dans les services à activités intensives et à hauts risques à partir de janvier 2004.

Ceci constitue une mesure de nature transitoire en attendant la finalisation et l'adoption d'un nouveau dispositif régissant la prime d'intéressement.

Il est attendu de tous les responsables concernés un effort de communication et d'information de nature à faire adhérer les personnels et les partenaires sociaux a la démarche du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière en vous référant à la note relative a un plan de communication concernant les ressources propres des établissements publics de santé et a la lettre circulaire relative à la gestion des relations avec les partenaires sociaux stop et fin.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Abdelhamid ABERKANE**

**CIRCULAIRE N° 301 /DAG/ DU 21 FEV 2004 RELATIVE AUX**  
**MODALITES D'ATTRIBUTION DE LA PRIME CONTAGION ET DE LA PRIME**  
**D'INTERESSEMENT DANS LES SERVICES A ACTIVITES INTENSIVES ET A HAUTS RISQUES.**

**DESTINATAIRES :** MESDAMES ET MESSIEURS :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya
- Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires.
- Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés.
- Les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

La présente circulaire a pour objet l'harmonisation de l'application des dispositions de l'arrêté n° 02 du 10.01.2004 et du décret n° 03-52 du 04.02.2003

A l'effet de lever tout amalgame quant aux diverses interprétations des textes relatifs aux modalités d'application effective par les gestionnaires de la prime contagion d'une part et de la prime d'exercice dans les services à activités intensives et à hauts risques d'autre part, il y a lieu de préciser que :

**A – concernant la prime d'Intéressement :**

Doivent bénéficier de la prime d'exercice dans les services à activités intensives et à hauts risques les catégories de personnels suivants :

- 1- Les personnels exerçants dans les services et / ou unités cités à l'article 03 de l'arrêté n° 10 du 27.04.2002 fixant la liste des services à activités intensives et à haut risque, qui continueront à percevoir cette prime à l'exclusion de la prime de contagion.
- 2- Les personnels médicaux et paramédicaux qui ne figuraient ni sur l'article n° 03 de l'arrêté n° 10, ni sur le décret 03-52 du 04.02.2003 instituant la prime de contagion. Ces catégories de personnel sont intégrées sur la 3<sup>ème</sup> colonne de la prime d'intéressement par l'arrêté n° 02 du 10.01.2004 modifiant et complétant l'arrêté n° 10.

**B – Concernant la prime de contagion :**

Doivent bénéficier de la prime de Contagion tous les personnels exerçants dans les services cités par le décret 03-52 du 04.02.2003 à l'exclusion de ceux énumérés au paragraphe A , point I sus cité , intégrés dans la 3<sup>ème</sup> colonne de la prime d'intéressement  
Par ailleurs, il reste entendu que le terme Médecine Interne cité à l'annexe du décret 03-52 désigne l'ensemble des spécialistes médicales.

Il en est de même pour les laboratoires de Parasitologie et d'anapathologie qui sont à assimiler au laboratoire de Biologie et / ou de microbiologie.

M. Le Directeur de l'Administration Générale.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**ARRETE N° 2 DU 10 JANVIER 2004 MODIFIANT ET COMPLETANT**  
**L'ARRETE N° 10/MSP/MIN DU 27 AVRIL 2002 FIXANT LA LISTE**  
**DES SERVICES A ACTIVITES INTENSIVES ET A HAUTS RISQUES**

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai modifié, portant nomination des membres du Gouvernement.

Vu le décret exécutif n° 03-52 du 3 Dhou El Hidja 1423 correspondant au 4 février 2003 instituant une indemnité de risque de contagion au profit des personnels exerçant dans certaines structures publiques de santé;

Vu l'arrêté n° 10/MSP/MIN du 27 avril 2002 fixant la liste des services à activités intensives et à hauts risques, notamment ses articles 3 et 4 ;

**A R R E T E**

**Article 1er** : Le présent arrêté a pour objet de modifier et de compléter la liste des services a activités intensives et à hauts risques fixée à l'article 3 de l'arrêté n° 10/MSP/MIN du 27 avril 2002 susvisé.

**Article 2** : L'article 3 de l'arrêté n° 10/MSP/MIN du 27 avril 2002 susvisé est modifié et complété comme suit :

« *Article 3* : Les services intensives et à hauts risques sont toutes entités organisées ou sont assurées des activités de soins hospitaliers ou de santé de base à l'exception de celles prévues au tableau annexé au décret exécutif n° 03-52 du 4 février 2003 susvisés »

**Article 3** : Les directeurs de la santé et de la population de wilaya et les directeurs des établissements publics de la santé sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'application du présent arrêté.

Fait à Alger, le 10 janvier 2004.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Abdelhamid ABERKANE**

VCI OFF NR 082 LE 12 FEV 2004-05-01

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE.  
DAG SDCG

A

M.M LES D.S.P.S Tous (Pour diffusion aux établissements sous tutelle)  
LES D.G DES C.H.U (TOUS)

TEXTE NR : 082

Honneur vous demander de procéder à l'application immédiate des dispositions de l'arrêté n°02 du 10/01/2004 fixant la liste des services à activités intensives et à hauts risques, de l'instruction n°03 du 17/01/2004 et de la circulaire du 23/04/2003 relatives aux modalités d'application du décret 03.52 du 04/02/2003 instituant la prime de contagion stop.

Vous invite a me tenir informé des éventuelles difficultés dans la mise en œuvre de ces mesures.

**Signé. A. MESROUR**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 111- 10° et 152 ;  
Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 portant statut général du travailleur, notamment ses articles 163 et 164 ;

**Décète :**

**Chapitre 1  
Dispositions générales**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le montant de l'Indemnité de zone est fonction des coefficients respectifs affectés aux zones, secteurs d'activité, unités économiques, projets de développement, qualifications professionnelles, postes et lieux de travail Isolés.

Les coefficients sont fixés conformément aux dispositions qui suivent.

**Article 2 :** Les coefficients affectés aux zones au sein desquelles les postes de travail ouvrent droit à l'Indemnité de zone, sont répartis en trois groupes dans, la limite de 500 points, selon le tableau ci-après :

Groupes et sous-groupes		Nombre de points
Groupe A	Sous-groupe A1	500
	Sous-groupe A2	450
	Sous-groupe A3	400
Groupe B	Sous-groupe B1	350
	Sous-groupe B2	300
	Sous-groupe B3	250
Groupe C	Sous-groupe C1	200
	Sous-groupe C2	150
	Sous-groupe C3	100

La répartition des zones dans les groupes et sous-groupes prévus au tableau ci-dessus, est fonction des conditions géographiques et des priorités retenues dans le cadre de la politique nationale d'équilibre régional.

**Article 3 :** Les coefficients relatifs aux secteurs d'activité, aux unités économiques et aux projets de développement à privilégier, sont répartis en deux priorités selon le tableau ci-après :

Critères	Nombre de points	
	1 <sup>ère</sup> priorité	2 <sup>ème</sup> priorité
- Secteur d'activités :	100	50
- Unité économique ou sociale, administrative ou culturelle	200	100
- Projet de développement économique, culturel et administratif	200	100

Les coefficients fixés au tableau ci-dessus sont cumulables dans la limite de 200 points.

Les priorités fixées au tableau ci-dessus sont déterminées en fonction de l'importance économique et sociale retenue par le plan national de développement.

**Article 4 :** Les qualifications professionnelles jugées prioritaires sont réparties en deux groupes, en fonction du degré de priorité retenu dans le plan précité.

Les coefficients correspondants sont fixés au tableau ci-après :

Groupe	Nombre de points
Groupe A	100
Groupe B	50

**Article 5 :** Les coefficients relatifs aux postes et lieux de travail Isolés varient et sont cumulables dans la limite de 200 points. Ils sont déterminés par la nature du lieu de travail, l'effectif sur le lieu de travail et l'isolement familial, selon les tableaux ci-après :

1. — Nature du lieu de travail :

Nature du lieu de travail	Situation géographique		
	Chef-lieu de daïra	Chef-lieu de commune	Autres
Unité ou chantier fixe :			
Travail normal	10	50	70
Système de relève	20	60	80
Chantier mobile			
Travail normal	30	70	90
Système de relève	40	80	100

2. — Effectif sur le lieu de travail :

Effectif	Situation géographique		
	Chef-lieu de daïra	Chef-lieu de commune	Autres
1	0	20	50
2 à 4	0	10	40
5 à 10	0	5	30
11 à 20	0	0	20
plus de 20	0	0	0

3. — Isolement familial :

Durée de l'affectation	Situation géographique	
	dans une agglomération urbaine	en dehors de l'agglomération urbaine
Supérieure à un mois et inférieure ou égale à 3 mois	10	30
Supérieure à trois mois et inférieure ou égale à six mois	20	40
Supérieure à six mois	40	50

**Article 6 :** Les listes des zones, postes et lieux de travail isolés, secteurs d'activités, projets, unités économiques, sociales, administratives et culturelle» et

qualifications sont établies par décret, sur rapport conjoint du ministre chargé de la planification et de l'aménagement du territoire, du ministre chargé du travail et du ministre de tutelle concerné.

**Article 7 :** L'Indemnité de zone est servie aux travailleurs pour les journées effectivement travaillées.

**Article 8 :** Le montant de l'Indemnité de zone exprimé en dinars et par jour s'obtient par application de la formule suivante :

$$IZ = \frac{C}{1000} \times K \times SBJ$$

IZ : Indemnité de zone.

C : Somme des coefficients obtenus.

K : Pourcentage de l'Indemnité de zone par rapport au salaire de base.

SBJ : Salaire de base Journalier.

1000 = Somme des coefficients affectés aux critères visés à l'article 1<sup>er</sup> du présent décret.

**Article 9 :** Sont exclus du bénéfice des dispositions prévues au présent décret, les personnels affectés à l'étranger.

### Chapitre II Dispositions transitoires

**Article 10 :** A titre transitoire et en attendant la fixation des salaires de base prévue par la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travail-

leur, l'ensemble des éléments de l'Indemnité de zone est calculé sur la base d'un taux maximal de 70 % des seuils minimaux du salaire global tels que prévus par les décrets n° 79-301 du 31 décembre 1979, 81-195, 81-204 et 81-205 du 15 août 1981.

Pour les catégories de travailleurs non concernés par les décrets visés à l'alinéa précédent, la base de calcul est constituée par le salaire de confirmation.

**Article 11 :** A titre dérogatoire, les Indemnités actuellement servies au titre de la zone géographique d'Isolement et autres Indemnités assimilées, dont les

montants cumulés sont supérieurs au montant de l'Indemnité prévue à l'article 10 ci-dessus sont maintenus à leur niveau au 31 décembre 1979 tel que résultant du régime indemnitaire en vigueur.

**Article 12 :** Le bénéfice de l'Indemnité de zone est exclusif de tout autre avantage de même nature sous quelque dénomination que ce soit.

**Article 13 :** A titre transitoire, les zones prévues à l'article 6 ci-dessus sont fixées dans la liste annexée au présent décret.

**Article 14 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 mai 1982.

**Chadli BENDJEDID.**



ANNEXE  
LISTE DES ZONES

**GROUPE A**

Sous-groupes	Zones (communes)
Sous-groupe A 1	Adrar Tsabit fenoughil Timimoun Aougroust Taghouzi Tinerkouk Reggane Aoulef Zaouiet Kounta, In Salah Igli Saoura Es Soufla El Ouata Kerzaz Tabelbala Taghit Tindouf Reguibat Illizi Bordj Omar Driss In Amenas Djanet El Hadjira Taïbet Debila Robbah Guemar Kouinine Djemmorah Guerrara Berriane
Sous-groupe A 2	Metlili Chaamba El Goléa Djemâa Doucen Ouled Harkat Sidi Khaled Foughala Ourial Bouchagroun Zeribet El Oued Chetma M'Chounèche Aïn El Orak Bousseghoum El Abiodh Sidi Cheikh Brézina Boualem Rogassa Tamanrasset El Biod Mekmene Ben Amar Naama Asla Moghrar Mahmel

ANNEXE (suite)  
LISTE DES ZONES (Suite)

**GROUPE A**

Sous-groupes	Zones (Communes)
Sous-groupe A 2	Ouled Rechache Khangat Sidi Nadji Béni Ounif
Sous-groupe A 3	Kenadsa Ouled Rahma Djebel Messaad Slim Mediedel Ben S'Rour Djebel Onk Negrine Bir El Ater Chechar

**GROUPE B**

Sous-groupes	Zones (Communes)
Sous-groupe B 1	Laghouat Larbaa El Ghicha Ghardala Béni Abbés Abadla Touggourt
Sous-groupe B 2	Béchar Brida Aïn Sidi Ali Guettât Sidi Saad Afiou Ouargla Biskra El Oued El Meghalel Ouled Djellal Tolga Sidi Okba Bougtob El Bayadh Méchéria Aïn Setra Messaad Aïn El Ibel Feldh El Botma El Idrissia Charet
Sous-groupe B 3	Aïn El Melh El Ogia

**GROUPE C**

Sous-groupes	Zones (Communes)
Sous-groupe C 1	Ouled Brahim Sidi Ahmed
Sous-groupe C 2	El Hassasna Ouled Khaled Sidi Boubekour Aïn El Hاديار Youb
Sous-groupe C 3	Saïda

**Décret exécutif n° 93-130 du 14 juin 1993 portant actualisation de la liste des zones ouvrant droit à l'indemnité de zone prévue par le décret n°82-183 du 15 mai 1982 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité de zone**

Le Chef de Gouvernement,

Vu la loi n°84-09 du 4 février 1984 relative à l'organisation territoriale du pays ;

Vu le décret n° 82-183 du 15 mai 1982 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité de zone ;

Vu le décret exécutif n° 91-306 du 24 août 1991 fixant la liste des communes animées par chaque chef de daïra modifié et complété ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : La liste des zones prévues par le décret 82-183 du 15 mai 1982 est actualisée dans le cadre des dispositions du décret exécutif n° 91-306 du 24 août 1991, selon tableau ci-joint en annexe.

**Article 2** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 14 juin 1993

**Bélaïd ABDESSELAM**

**LISTE DES COMMUNES CONCERNEES PAR L'INDEMNITE DE ZONE CLASSEES PAR GROUPES ET SOUS-GROUPES**

WILAYAS	GROU	S / GROUP	COMMUNES
Adrar	A	A1	Adrar, Fenoughil, Tamantit, Reggane, Sali, Bordj Badji Mokhtar, Timiaouine, Aoulef, Timekten, Tit, Akabli, Timimoun, Oued Saïd, Tsabit, Sbaa, Aougrout, Deldoul, Charouine, Talmine, Ouled Aïssa, Zaouiat Kounta, In Zeghmir, Bouda, Ouled Ahmed Timimi, Tinerkou, Ksar Kaddour, Metarfa.
Illizi	A	A1	Illizi, Djanet, Bordj El Houasse, In Aménas, Bordj Omar, Driss, Debdeb
Béchar	A	A1	Taghit, Igli, El Ouata, Beni Ikhlef, Ouled Khodeir, Ksabi, Kenadsa, Kerzaz, Timoudi, Tabelbala.
El Oued	A	A1	M' Ghagha, Taleb El Arbi, Douar El Ma, Ben Guecha, Debila, Hassi Abdelkrim, Guema, Taghzout, Ourmes, Robbah, Taghzout, Ourmes, Robbah, El Ogl, Nakhla, Hassi Khelifa, Trifaoui, Magrane, Sidi Aoun, Bayadha, Reguiba, Hamraïa, Mih Ounea, Oued Allenda, Kouinine.
Tindouf	A	A1	Tindouf, Oum El Assel
Tamanghas	A	A1	In Salah, Foggaret Ezzaouia
Biskra	A	A1	Djemourah, Branis, Ain Zaatout, El Kantara
Ouargla	A	A1	El Hadjira, Taïbet, Menaguer, Bennaceur
El Bayadh	A	A2	Boualem, Sidi Taïfour, Sidi Amar, Sidi Slimane, Labiodh Sidi Cheikh, El Bnoud, Arbaout, Ain El Orak, Rogassa Chegui, Brezina, Ghassoul, Krakda, Boussemgoun Chellala, El Mahara.
Naama	A	A2	Naama, Ain Ben Khellil, El Biodh, Tiout, Mekmen Benamar, Kasdir, Moghrar, Djeniene Bourezg, Asla
Tamanghas	A	A2	Tamanghasset, Tazrouk, Idles, Silet, Abalessa, InGuezzam, Tin Zouatine, In Ghar, In Amquel.
Béchar	A	A2	Beni Ounif
Ghardaïa	A	A2	Metlili, Sebseb, Mansourah, Hassi El Fehal, El Menia, Hassi Gara.
El Oued	A	A2	Sidi Amrane, Djamaa, Tinedla.
Biskra	A	A2	Ras El Miaad, Besbes, Chaïba, Sidi Khaled, Doucen, El Ghrous, Foughala, Bordj Benazzouz, Lichana, Bouchagroun, Ourlala, Mekhadma, Lioua, M'Lili, Zeribet El Oued, El Feïdh Chetma, Mechounéche, Mezïraa, Khanguet, Sidi Nadji.
Khenchla	A	A2	Ouled Rechache, Babar, Cherchar, Khairane, El Ouldja, Djellal.
M'Sila	A	A3	Slim, Ouled Attia, Bir Foda, Djebel Messaad, El Hamel, Medjedel, Ben Srour, Oulténe, El Houamed, Zarzour, Oued Chair, Ouled Slimane, Ain Farés.
Tébessa	A	A3	Oum Ali, Safsaf, El Ouesra, Bir El Ater, El Ogla, El Melha Negrine, Ferkane.
Laghouat	B	B1	Ksar El Hirane, Benacer Benchohra, Ain Madhi, El Houita, Tadjemout, Tadjerouna, Hassi R'Mel Delaa, El Assafia, Oued M'Zi, El Ghicha, Laghouat, Sidi Makhlouf.
Béchar	B	B1	Abadla, Merridja, Arg Ferradj, Mechra Houari, Boumédiène Beni Abbés, Tamtert.
Ouargla	B	B1	El Alia, Témacine, Neza, Tougourt, Megarine, Sidi Slimane Zaouia El Abidia, Tebesbest, Blidate Ameer
Ghardaïa	B	B1	Bounoura, El Atteuf, Zelfane, El Guerara, Dhayat, Ben Dhahou, Berriane, Ghardaïa.
Laghouat	B	B2	Aflou, Sebtag, Taouïala, Oued Morra, Sidi Bouzid, Beïdha, Gueltet Sidi Saad, Ain SidAli, Hadj Mechri, Brida.
Ouargla	B	B2	Ouargla, N'Goussa, Sidi Khouïled, Hassi Ben Abdellah, Ain Beïda, Hassi Messaoud, El Borma.
Djelfa	B	B2	Messaad, Moadjebra, Deldoul, Sed Rahal, Selmana, Oum El Adham, Guettara, Ain El Ibel, Zaccar, Tadmit, Douis, Ain Chouhada, El Idrissia, El Guedid, Charef, Beni Yacoub
El Bayadh	B	B2	El Bayadh, Stiten, Tousmouline, Bougtoub, Kef Lahmaer, El Kheïter
Naama	B	B2	Mechria, Ain Sefra, Sffisifa
El Oued	B	B2	El Oued, Sidi Khellil, El Meghaïer, Oum Touyour, Still
Béchar	B	B2	Béchar, Boukais, Lahmar, Mougheul
Biskra	B	B2	Ouled Djellal, Tolga, Sidi Okba, Ain Naga, El Haouch, Biskra, El Outaya, Oumache, El Hadjeb
Tébessa	B	B3	Bedjene, El Ogla, Chéria, El Mezraa, Thilidjene, Stah, Guentis
M'Sila	B	B3	Ain El Melh, Sidi M'Hamed, Ain Rich
Saïda	C	C1	Ouled El Melh, Sidi M'Hamed, Ain Rich
	C	C2	El Hassassna, Maamora, Ain Skhouana, Moulay Larbi, Ain El Hadjar, Youb, Hounet, Sidi Boubekeur, Doui Tabet, Sidi Ammar, Ouled Khaled, Ain Soltane.
	C	C3	Saïda

**Décret exécutif n°96-62 du 7 ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 modifiant le décret exécutif n°93-130 du 14 juin 1993 portant actualisation de la liste des zones ouvrant droit à l'indemnité de zone prévue par le décret n°82-183 du 15 mai 1982 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité de zone.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution et notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2) ;

Vu le décret exécutif n°93-130 du 14 juin 1993 portant actualisation de la liste des zones ouvrant droit à l'indemnité de zone prévue par le décret n°82-183 du 15 mai 1982 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité de zone ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : La liste des communes de la wilaya de Ouargla concernées par l'indemnité de zone classées par groupes et sous-groupes fixée par le décret exécutif n°93-130 du 14 juin 1993 susvisé est modifiée comme suit :

WILAYA	GROUPE	S/GROUPE	COMMUNE
Ouargla	A	A1	El hadjar, Taibet Menaguer, Bennaceur, EL Borma
Ouargla	B	B1	Sans changement
Ouargla	B	B2	Ouargla, N'Goussa, Sidi Khouiled Hassi Ben Abdellah, Ain Beida, Hassi Messaoud

**Article 2** : le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996

**Ahmed OUYAHIA**

**Décret exécutif n° 95-300 du 9 Joumada El Oula 1416 correspondant au 4 octobre 1995 fixant les avantages particuliers attribués aux personnels qualifiés de l'Etat, des collectivités locales des établissements et organismes publics exerçant dans les wilayas de Bechar, El Bayadh, Ouargla, Ghardaïa, Naama, Laghouat, El Oued et certaines communes des wilayas de Djelfa et de Biskra.**

Le Chef du Gouvernement,  
 Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa2) ;  
 Vu la plate forme portant consensus national sur la période transitoire ;  
 Vu le décret n° 72-199 du 5 octobre 1972 portant attribution d'avantages particuliers aux fonctionnaires de l'Etat, des collectivités locales et des établissements et organismes publics en service dans les wilayas de la Saoura et des Oasis ;  
 Vu le décret n° 82-183 du 15 mai 1982 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité de zone ;  
 Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
 Vu le décret présidentiel n° 94-92 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
 Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 4 Dhou El Kaada 1414 correspondant au 15 avril 1994, modifié et complété portant nomination des membres du Gouvernement;  
 Vu le décret exécutif n° 89-10 du 7 février 1989 fixant les modalités d'occupation des logements concédés par nécessité absolue de service ou d'utilité de service et les conditions de cessibilité de ces logements ;  
 Vu le décret exécutif n° 90-75 du 27 février 1990 déterminant les modalités de déroulement de la carrière des magistrats et leur rémunération ;  
 Vu le décret exécutif n° 90-226 du 25 juillet 1990 fixant les droits et obligations des travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat ;  
 Vu le décret exécutif n° 90-227 du 25 juillet 1990 fixant la liste des fonctions supérieures de l'Etat au titre de l'administration, des institutions et organismes publics ;  
 Vu le décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990 fixant le mode de rémunération applicable aux travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat ;  
 Vu le décret exécutif n° 93-130 du 14 juin 1993 portant actualisation de la liste des zones ouvrant droit à l'indemnité de zone prévue par le décret n° 82-183 du 15 mai 1982 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité de zone ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de définir le régime indemnitaire et les mesures incitatives en faveur de certains fonctionnaires et agents publics de l'Etat, des collectivités locales, des établissements et organismes publics, remplissant les conditions de qualifications équivalentes ou supérieures au grade d'administrateur et exerçantes dans l'une des wilayas suivantes : Bechar, El Bayadh, Ouargla, Ghardaïa, Naama, Laghouat, El Oued et partie des wilayas de Djelfa et de Biskra.

**Article 2 :** Les fonctionnaires et agents publics visés à l'article 1er ci-dessus et justifiant d'un niveau de qualification égal ou supérieur au grade d'administrateur, bénéficient de tout ou partie du régime indemnitaire et des mesures incitatives prévues par le présent décret et ce, en fonction du lieu d'affectation.

**Article 3 :** Sans préjudice des dispositions de l'article 2 ci-dessus, les personnels médicaux spécialistes de santé publique et les personnels enseignants relevant de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique appartenant au moins au grade de maître-assistant, bénéficient du régime indemnitaire et des mesures incitatives, dans les conditions particulières prévues par les dispositions du présent décret.

**Article 4 :** Les personnels, titulaires d'une fonction supérieure de l'Etat ou d'un poste supérieur, bénéficient du régime indemnitaire et des mesures incitatives, par référence à leur grade d'origine et dans les conditions fixées par le présent décret.

**Article 5 :** Une indemnité spécifique mensuelle de poste est attribuée aux personnels visés aux articles 2 et 3 ci-dessus.

L'indemnité spécifique de poste est calculée sur la base de la rémunération principale du grade d'origine, selon les proportions et le lieu d'affectation tels que fixés dans le tableau suivant :

LIEU D'AFFECTATION	NIVEAUX DE QUALIFICATIONS	
	Personnels visés à l'article 2	Personnels visés à l'article 3
Communes chefs-lieux des wilayas de Béchar, El Bayadh, Ouargla et Ghardaïa	40%	120%
Ensemble des autres communes des wilayas de Béchar, El Bayadh, Ouargla et Ghardaïa	50%	120%
Ensemble des autres communes des wilayas de Béchar, El Bayadh, Ouargla et Ghardaïa	20%	100%
Ensemble des autres communes des wilayas de Naâma, Laghouat et El Oued	30%	100%
Au titre de la wilaya de Biskra, les communes suivantes : Ouled Sassi, Ouled Harkat, Sidi Khaled, Ouled Djellal, Ouled Rahma, Doucen, Lioua, Mekhadma, Ourlai, M'Lili, Oumache, El Haouch, El Feidh, Aïn Naga, Bouchagroun, Lichana, Bordj Ben Azzouz, Foughala, El Ghrous, Zéribet El Oued	30%	100%
Au titre de la wilaya de Djelfa, les communes suivantes : Oum Laâdkam, Guettara, Sed Rahal, Deldoul, Amoura, Messaâd. Faidh El Botma, Moudjebara, Aïn El Ibel, Tadmit, Douib, Aïn Chrouhada, El Idrissia, Béni Yacoub, Zakar, Selmana	30%	100%

**Article 6 :** L'indemnité spécifique de poste prévue à l'article 5 ci-dessus, n'est pas exclusive de l'indemnité de zone géographique instituée par le décret n° 82-183 du 15 mai 1982 sus visé.

Elle est servie pour les journées effectivement travaillées et elle est soumise à la cotisation de sécurité sociale de retraite.

**Article 7 :** Les fonctionnaires et agents publics visés aux articles 2, 3 et 4 ci-dessus, bénéficient, en outre et selon le cas, des avantages suivants :

1) un logement de fonction est concédé par nécessité absolue de service au profit des personnels visés aux articles 3 et 4 ci-dessus. Toutefois, une indemnité mensuelle de logement dont le montant est fixé à 1000 DA pour les personnels visés à l'article 2 ci-dessus, et à 1500 DA pour les personnels visés à l'article 3 ci-dessus, est allouée lorsque le logement n'est pas immédiatement disponible, en attendant une mise à disposition.

2) un congé de dix (10) jours calendaires, en plus du congé annuel légal de détente,

3) une majoration d'ancienneté de trois (3) mois par année de service effectif, prise en compte au titre de l'avancement d'échelon, ainsi que pour toute nomination ou promotion à un grade ou à un poste supérieur dans les conditions prévues par le décret n° 72-199 du 5 octobre 1972 susvisé.

La majoration d'ancienneté n'est accordée que pour un séjour d'au moins trois (3) années dans l'une des wilayas et communes prévues à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus.

Toutefois, lorsque la durée du séjour est inférieure à trois (3) années, la majoration d'ancienneté est calculée conformément aux dispositions du décret n° 72-199 du 5 octobre 1972 sus visé.

**Article 8 :** Nonobstant les dispositions de l'article 7, point 1 ci-dessus, une indemnité mensuelle de logement d'un montant de 1.000 DA est versée aux personnels concernés exerçant dans l'une des wilayas ou partie de wilayas prévues par le présent décret et disposant d'un logement personnel.

**Article 9 :** Des aménagements à l'organisation du travail peuvent être arrêtés par décision du ministre concerné, après avis de l'autorité chargée de la fonction publique, en vue de tenir compte des spécificités et des sujétions inhérentes aux zones géographiques et aux postes de travail.

**Article 10 :** A titre exceptionnel et pour une période transitoire de trois (3) années, à compter de la date de publication du présent décret et nonobstant les dispositions prévues par la réglementation en vigueur en matière de recrutement, les personnels visés à l'article 2 ci-dessus appelés à exercer dans les wilayas prévues par le présent décret, peuvent, sur demande de l'administration concernée et après accord de l'autorité chargée de la fonction publique, être recrutés directement dans la limite des postes budgétaires ouverts, parmi les candidats justifiant des titres et diplômes exigés par le statut particulier applicable à l'emploi postulé.

**Article 11 :** Dans le cadre des dispositions de l'article 10 ci-dessus, les personnels résidents dans les wilayas ou partie des wilayas prévues par le présent décret, bénéficient d'une priorité pour l'accès aux emplois budgétaires disponibles.

**Article 12 :** Les personnels bénéficiaires des dispositions du présent décret sont tenus d'exercer pendant une période minimale de trois (3) années dans l'une des wilayas ou partie des wilayas concernées.

**Article 13 :** Une instruction conjointe du ministère des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique précisera, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent décret.

**Article 14 :** Le présent décret qui prend effet à compter du 1er janvier 1996 sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire-

Fait à Alger, le 9 Joumada El Oula 1416, correspondant au 4 octobre 1995.

**Mokdad SIFI.**

**Décret exécutif n° 95-28 du 10 Chaâbane 1415 correspondant au 12 janvier 1995 fixant les avantages particuliers attribués aux personnels qualifiés de l'Etat, des collectivités locales et des établissements et organismes publics exerçant dans les wilayas d'Adrar- Tamenghasset- Tindouf et Illizi.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2);

Vu la plate-forme portant consensus national sur la période transitoire;

Vu le décret n° 72-199 du 5 octobre 1972, portant attribution d'avantages particuliers aux fonctionnaires de l'Etat, des collectivités locales et des établissements et organismes publics en service dans les wilayas de la Saoura et des Oasis;

Vu le décret n° 82-183 du 15 mai 1982 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité de zone;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques;

Vu le décret n° 89-10 du 7 février 1989, fixant les modalités d'occupation des logements concédés par nécessité absolue de service ou d'utilité de service et ses conditions de cessibilité de ces logements;

Vu le décret présidentiel n° 94-92 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994, portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 4 Dhou El Kaada 1414 correspondant au 15 avril 1994 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 90-75 du 27 février 1990 déterminant les modalités de déroulement de la carrière des magistrats et leur rémunération;

Vu le décret exécutif n° 90-226 du 25 juillet 1990, fixant les droits et obligations des travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat;

Vu le décret exécutif n° 90-227 du 25 juillet 1990, fixant la liste des fonctions supérieures de l'Etat au titre de l'administration, des institutions et organismes publics;

Vu le décret exécutif n° 90-228 du 25 juillet 1990, fixant le mode de rémunération applicable aux travailleurs exerçant des fonctions supérieures de l'Etat;

Vu le décret exécutif n° 93-130 du 14 juin 1993, portant actualisation de la liste des zones ouvrant droit à l'indemnité de zone prévue par le décret n° 82-183 du 15 mai 1982 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité de zone;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de définir le régime indemnitaire et les mesures incitatives en faveur de certains fonctionnaires et agents publics de l'Etat, des collectivités locales, des établissements et organismes publics, remplissant les conditions de qualification égales ou supérieures à assistant administratif et exerçant dans l'une des wilayas suivantes : Adrar-Tamenghasset- Tindouf et Illizi.

**Article 2** : Les fonctionnaires et agents publics visés à l'article 1er ci-dessus, bénéficient de tout ou partie du régime indemnitaire et des mesures incitatives prévues par le présent décret, et ce, en fonction du lieu d'affectation et des niveaux de qualification ci-après :

1. les personnels justifiant d'un niveau de qualification inférieur à celui d'administrateur ou supérieur à assistant administratif,
2. les personnels justifiant d'un niveau de qualification égal ou supérieur à celui d'administrateur.

**Article 3** : Sans préjudice des dispositions de l'article 2 ci-dessus, les personnels médicaux spécialistes de santé publique et les personnels enseignants relevant de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique appartenant au moins au grade de maître assistant, bénéficient des dispositions relatives au régime indemnitaire et des mesures incitatives dans les conditions particulières prévues par le présent décret.

**Article 4** : Les personnels titulaires d'une fonction supérieure de l'Etat ou d'un poste supérieur, bénéficient des indemnités et des mesures incitatives, par référence à leur grade d'origine et dans les conditions fixées par le présent décret

**Article 5** : Une indemnité spécifique mensuelle de poste est attribuée aux personnels visés aux articles 2 et 3 ci-dessus.

L'indemnité spécifique de poste est calculée sur la base de la rémunération principale du grade d'origine, selon les proportions suivantes :

Pour les personnels visés à l'alinéa 1er de l'article 2 ci-dessus :

— 35% pour la commune du chef-lieu de wilaya

— 45% pour les autres communes de la wilaya

Pour les personnels visés à l'alinéa 2 de l'article 2 ci-dessus :

— 80% pour la commune du chef lieu de wilaya

— 90% pour les autres communes de la wilaya

Pour les personnels visés à l'article 3 ci-dessus :

— 150% quelque soit le lieu d'exercice.

**Article 6** : Les personnels titulaires d'une fonction supérieure de l'Etat ou d'un poste supérieur, bénéficient de l'un des taux de l'indemnité spécifique de poste prévue à l'article 5 ci-dessus, sur la base de la rémunération principale afférente à leur grade d'origine.

**Article 7** : L'indemnité spécifique de poste prévue à l'article 5 ci-dessus n'est pas exclusive de l'indemnité de zone géographique instituée par le décret n° 82-183 du 15 mai 1982 sus visé.

Elle est servie pour les journées effectivement travaillées et elle est soumise à la cotisation de sécurité sociale et de retraite.

**Article 8 :** Les fonctionnaires et agents publics visés aux articles 2, 3 et 4 ci-dessus, bénéficient en outre et selon le cas, des avantages suivants :

1. — un logement de fonction est concédé par nécessité absolue de service au profit des personnels visés à l'article 2 ci-dessus.
- un logement de fonction meublé est concédé par nécessité absolue de service au profit des personnels visés aux articles 3 et 4 ci-dessus.

Toutefois, une indemnité mensuelle de logement d'un montant de 2.000 DA, est allouée aux fonctionnaires et agents publics concernés, lorsque le logement n'est pas immédiatement disponible, et ce, en attendant une mise à disposition.

Un arrêté du ministre chargé, du budget fixera les modalités d'application des dispositions relatives à la consistance de l'ameublement du logement.

2. le remboursement à concurrence de 50% des frais de consommation domestique de gaz et électricité,

3. un congé de vingt (20) jours calendaires, en plus du congé annuel légal de détente,

4. une majoration d'ancienneté de six (6) mois par année de service effectif, prise en compte au titre de l'avancement d'échelon, ainsi que, pour toute nomination ou promotion à un grade ou à un poste supérieur dans les conditions prévues par le décret n° 72-199 du 5 octobre 1972 susvisé.

La majoration d'ancienneté n'est accordée que pour un séjour d'au moins trois (3) années dans l'une des wilayas prévues à l'article 1er ci-dessus.

Toutefois, lorsque la durée du séjour est inférieure à trois (3) années, la majoration d'ancienneté est calculée conformément aux dispositions du décret n° 72-199 du 5 octobre 1972 susvisé,

5. une prime de première installation d'un montant de 20.000 DA est versée aux personnels visés aux articles 2 et 3 ci-dessus, à l'occasion de leur recrutement ou mutation"

dans les wilayas concernées, à l'exclusion des personnels bénéficiaires d'un logement meublé, tel que prévu au présent article.

**Article 9 :** Nonobstant les dispositions de l'article 8, point 1 ci-dessus, une indemnité mensuelle de logement d'un montant de 2.000 DA est versée aux personnels concernés exerçant dans l'une des wilayas prévues par le présent décret et disposant d'un logement personnel.

**Article 10 :** Des aménagements à l'organisation du travail peuvent être arrêtés par décision du ministre concerné, après avis de l'autorité chargée de la fonction publique, en vue de tenir compte des spécificités et des sujétions inhérentes aux zones géographiques et aux postes de travail.

**Article 11 :** A titre exceptionnel et pour une période transitoire de cinq (5) années, à compter de la date de publication du présent décret et nonobstant des dispositions prévues par la réglementation en vigueur en matière de recrutement, les personnels visés à l'article 2 ci-dessus appelés à exercer dans les wilayas prévues par le présent décret, peuvent sur demande de l'administration concernée et après accord de l'autorité chargée de la fonction publique être recrutés directement dans la limite des postes budgétaires ouverts parmi les candidats justifiant des titres et diplômes exigés par le statut particulier applicable à l'emploi postulé.

**Article 12 :** Dans le cadre des dispositions de l'article 11 ci-dessus, les personnels résidents dans les wilayas prévues par le présent décret bénéficient d'une priorité pour l'accès aux emplois budgétaires ouverts au titre de ces wilayas.

**Article 13 :** Les personnels bénéficiaires des dispositions du présent décret sont tenus d'exercer pendant une période minimale de trois (3) années dans l'une des wilayas concernées.

**Article 14 :** Une instruction conjointe du ministère des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique précisera les modalités d'application du présent décret.

**Article 15 :** Le présent décret qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1995 sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 10 Chaabane 1415 correspondant au 12 janvier 1995

**Mokdad SIFI**



**Décret exécutif n° 95-330 du Aouel Joumada Ethamie 1416 correspondant au 25 octobre 1995 fixant les avantages particuliers attribués  
à des personnels qualifiés de l'Etat exerçant dans des établissements classés situés dans certaines communes**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa2) ;

Vu la plate – forme portant consensus national sur la période transitoire ;

Vu le décret n° 72-199 du 5 octobre 1972 portant attribution d'avantages particuliers aux fonctionnaires de l'Etat , des collectivités locales et des établissements publics en service dans les wilayas de la Saoura et des Oasis ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n°94-92 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 4 Dhou El Kaada 1414 correspondant au 15 avril 1994 , modifié et complété , portant nomination des membres du Gouvernement .

Vu le décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989 portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps spécifiques de l'enseignement et de la formation supérieure, modifié ;

Vu le décret exécutif n° 90-49 du 6 février 1990 portant statut particulier des travailleurs de l'éducation ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique , modifié et complété ;

Vu le décret exécutif n° 93-130 du 14 juin 1993 portant actualisation de la liste des zones ouvrant droit à l'indemnité de zone prévues par le décret n° 82-183 du 15 mai 1982 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité de zone ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de fixer les avantages particuliers attribués à des personnels qualifiés de l'Etat , remplissant les conditions de qualification prévues à l'article 2 ci-dessous et exerçant dans des établissements classés situés dans les communes prévues aux annexes 1,2 et 3 du présent décret .

**Article 2** : Les personnels bénéficiaires des dispositions du présent décret sont les suivants :

- 1- Les personnels de l'éducation nationale régis par le décret exécutif n° 90-49 du 6 février 1990 susvisé et appartenant aux grades de professeur certifié, de professeur ingénieur, de professeur de l'enseignement secondaire, de directeur de l'école fondamentale et d'intendant.
- 2- Les personnels médicaux spécialistes de santé publique.
- 3- Les personnels enseignant relevant de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique et appartenant au moins, au grade de maître –assistant.

**Article 3** : Les personnels visés à l'article 2 ci-dessus et exerçant dans l'une des zones figurant aux annexes 1,2 et 3 du présent décret, bénéficient d'une indemnité spécifique de poste calculée sur la base de la rémunération principale afférente au grade d'origine et dont le taux varie selon la zone et le grade considérés.

**Article 4** : Les personnels visés à l'alinéa I de l'article 2 ci-dessus et exerçant dans les établissements d'enseignement classés et situés dans l'une des zones figurant à l'annexe I du présent décret, bénéficient de l'indemnité spécifique de poste dans les conditions suivantes :

ZONE I	ZONE II	ZONE III
20%	15%	10%

**Article 5** : Les personnels visés aux alinéas 2 et 3 de l'article 2 ci-dessus et exerçant dans les établissements classés dans l'une des communes figurant aux annexes 2 et 3 du présent décret, bénéficient de l'indemnité spécifique de poste au taux de 80%.

**Article 6** : L'indemnité spécifique de poste prévue à l'article 5 ci-dessus, n'est pas exclusive de l'indemnité de zone géographique, instituée par le décret n° 82-183 du 15 mai 1982, susvisé.

Elle est servie pour les journées effectivement travaillées et elle est soumise à la cotisation de sécurité sociale et de retraite.

**Article 7** : Une indemnité mensuelle de logement d'un montant de 1.000 DA est allouée aux fonctionnaires et agents publics visés à l'article 4 ci-dessus et d'un montant de 1500 DA pour les fonctionnaires et agents publics visés à l'article 5 ci-dessus et exerçant dans les communes prévues aux annexes 1,2, et 3 du présent décret, lorsque le logement n'est pas immédiatement disponible, et ce, en attendant une mise à disposition.

**Article 8** : Les personnels visés aux articles 4 et 5 ci-dessus et exerçant dans les communes prévues aux annexes 1,2 et 3 du présent décret et n'entrant pas dans le cadre des dispositions du décret n° 72-199 du 5 octobre 1972 , susvisé , bénéficient d'une majoration d'ancienneté de deux (02) mois par année de service effectif prise en compte au titre de l'avancement d'échelon , ainsi que pour toute nomination ou promotion à un grade ou à un poste supérieur dans les conditions prévues par le décret n° 72-199 du 5 octobre 1972, précité

**Article 9** : La majoration d'ancienneté prévue au profit des personnels visés à l'article 2 ci-dessus, en application des dispositions du présent décret et du décret n° 72-199 du 5 octobre 1972 susvisé, n'est accordée que pour un séjour d'au moins de trois (03) années dans l'une des localités relevant de la zone considérée.

**Article 10** : Les personnels visés aux articles 4 et 5 ci-dessus, titulaires d'un poste supérieur, bénéficient des indemnités et des mesures incitatives prévues par le présent décret, par référence à leur grade d'origine et dans les conditions prévues par le présent décret.

**Article 11** : La liste des établissements classés visés aux articles 4 et 5 ci-dessus, est fixée au titre de chaque secteur, par arrêté conjoint du ministre concerné, du ministre des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 12** : Le présent décret qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1996 sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le Aouel Joumada Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995.

**Mokdad SIFI**

**ANNEXE I  
CLASSEMENT DES COMMUNES  
AU TITRE DU MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE**

<b>WILAYAS</b>	<b>COMMUNES CLASSEES EN ZONE I</b>	<b>COMMUNES CLASSEES EN ZONE II</b>	<b>COMMUNES CLASSES EN ZONE III</b>
Biskra	Djemourah, Branis, Ain Zaatout, Khanguet Ras El Miaad, Besbes, Chaiba, Chetma, M'Chouaneche Meziraa,	El Hdjeb, Tolga, Sidi Okba Biskra , El Outaya	
Khenchela	Ouled Rechache, Barbar Chechar, Kheirane, El Ouedja, Djellal		El Hamma, Tamza, En Sigha Bayhat, Ain Touila M'tousa, El Mahmel, Remila Bouhmama Yabous, Chelia, M'Sara
Tébessa	Oum Ali ,Safsaf,El Ouesra,Bir El Ater, El Ogla El Malha, Negrine Ferkane	Bedjen,El Ogla,Chéria,El Mezeraa,Tlidjéne,Stah Gentis	
Djelfa		El Guedid , Charef	
M'sila		Ain El Melh,Sidi M'hmed Ain Errich	Souamaâ, Maadid, Ouled Abdi, Gubala, Dehahna M'cif, El-Houamed, Hammam Dalaâ, Chellal, ouled Madhi Beni-Limane, Sidi Aissa, Ain El Hedjel, Ain Fares, M'tarfa, Magra, Bensrou, Zarzour Sidi Hadjres, Ouled Darradj.
Saida			Ouled Brahim, Tircine , Sidi Ahmed, El-Hassasna, Maâmora, Ain Skhouana, Moulay Larbi, Ain Hadjar, Youb, Hounet, Sidi Boubekeur, Doui, Thabet, Sidi Amar, Ouled Khaled, Ain Soltane, Saida
Guelma			Nechmeya, Khezaras, Ain Sandel, Hammam N'Bails, Ain Makhlof, Ain Larbi, Tamlouka, Oued Zenati, Rokia Bouchegouf, Dahouara, Bouhamdane, Héliopolis.
Tiaret			Sid Bakhti, Sebt, Sidi Hosni Medghoussa, Frenda, Ain El Hadid, Takhmaret, Mecheraa Sfa, Tagdemt, Djillali Benar Meghila, Zmalet Emir AEK Rechaiga, Ksar Chellala, Serguine, Ain Dzarit, Rahouia Dahmouni, Sougue Abdeghani, Tousmina, Feidja, Bougara, Oued Lili, Tidda, Ain Kermes, Sbain, Nadhorah, Sidi Ali Melel, Djebilet Rosfa.
Batna			Metkaouak, Ouled Ammar, Ksar Blezma, Sefiane, Lemcen, Taxlent, Maafa, BeniFadhala, Tibatou, Barika, Djeddar; Merouana, Oued El Ma, Hidoussa, Boumagueur, Ouled Si Slimane, Ain Yagout, Ichemoul, Ouled Aouf, Oued Chaaba, Tazoult, Timgad, Boumia, Chemoura, Boulhilet Arris, Kimmel, Ghassira, Inoughessine, Fom Toub, Ouyoun El Assafir, Ouled Fadhel.
Oum El Bouagui			Ain Beida, Ezorg, F'Kirna, Meskiana, Oum El Bouaghi, Ain Babouche, Ain Diss, ksar Sbahi, Berriche, Oued Nini, El Blala, RechiaDhalaa, Ain M'lila, Ouled Hamla, Ain Zitoun, El Djazia, Ouled Kacem Bir, Chouhada, Ain Fakroun, Harm'Lia, Henchir Tougheni, Souk, Naâmane, Ouled Zouai, El Fedjoudj, Boughrara, Saoudi, Sgus, El Amiria, Ain Kercha.
Tissemsilt			Béni Lahcène, Sidi Abed, Ammar, Maacem, Ouled Bessem, Tissemsilt, Khemisti, beni Ghaib, Tamalahat, Sidi Slimane, Layoun, Bordj BouNaâma, Mellab, Lardjem, Sidi Lantri, Lazharia, Larbaâ, Theniet El Had, Bordj El Amir Abdelkader, Boucaid, Sidi, Boutouchent, El Youssefia
Souk-Ahras			Oum El Adhaim, Safel El Ouidéne, Zouabi, Ain Soltane, Terraguelt, Tiffech, Merrahna Sidi Fredj, Ouled Moumen, Khedara, Hadada, BirBouhaouche, Hennencha, Khemissa, Sedrata, Taoura, Drea Raggouba, Ouillen, Machroha, Ouled Driss, Khedara, Zarouria, M'Darouch, Ain Zana.

**ANNEXE II  
LISTE DES COMMUNES AU TITRE DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

WILAYAS	COMMUNES
Batna	Arris Barika Ain Touta N'Gaous
Biskra	Biskra Ouled Djellal Sidi Okba Tolga
Tébessa	Cheria El Aouinet Bir El Ater
Tiaret	Sougueur Ksar Chellala Mahdia
Djelfa	Djelfa Ain Oussara
Saida	Saida El Hassasna
Guelma	Oued Zenati Ain Larbi
M'sila	Ain El Melh Kais Chechar
Tissemsilt	Tissemsilt Bordj bou Naama Theniet El Had
Souk-Ahras	Sedrata

**ANNEXE III  
LISTE DES COMMUNES AU TITRE DU MINISTERE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

WILAYAS	COMMUNES
Biskra	Biskra
Djelfa	Ain Oussera
Saida	Saida

**Décret exécutif n° 03-196 du Aouel Rabie El Aouel 1424 correspondant au 3 mai 2003 modifiant et complétant l'intitulé et certaines dispositions du décret exécutif n° 95-330 du Aouel Joumada Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995 fixant les avantages particuliers attribués à des personnels qualifiés de l'état exerçant dans des établissements classés situés dans certaines communes.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa2) ;

Vu le décret n° 72-199 du 5 octobre 1972 portant attribution d'avantages particuliers aux fonctionnaires de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics en service dans les wilayas de la Saoura et des Oasis ;

Vu le décret n° 84-365 du 1<sup>er</sup> décembre 1984, modifié, fixant la composition, la consistance et les limites territoriales des communes ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret n° 86-52 du 18 mars 1986 portant statut-type des travailleurs du secteur de la recherche scientifique et technique ;

Vu le décret présidentiel n° 02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du chef du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 89-122 du 18 juillet 1989, modifié et complété, portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps spécifiques de l'enseignement et de la formation supérieure ;

Vu le décret exécutif n°90-49 du 6 février 1990 portant statut particulier des travailleurs de l'éducation ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifié et complété, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 93-130 du 14 juin 1993 portant actualisation de la liste des zones ouvrant droit à l'indemnité de zone prévue par le décret n° 82-183 du 15 mai 1982 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité de zone ;

Vu le décret exécutif n° 95-330 du Aouel Joumada Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995 fixant les avantages particuliers attribués à des personnels qualifiés de l'Etat exerçant dans des établissements classés situés dans certaines communes ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter l'intitulé et certaines dispositions du décret exécutif n° 95-330 du Aouel Joumada Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995, susvisé,

**Article 2** : L'intitulé du décret exécutif n° 95-330 du Aouel Joumada Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995, susvisé, est modifié comme suit :

« Décret exécutif n° 95-330 du Aouel Joumada Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995 fixant les avantages particuliers attribués à des personnels qualifiés de l'Etat exerçant dans des établissements situés dans les wilayas de Khenchela , Tébessa , M'Sila , Saida , Guelma , Tiaret , Batna , Oum El Bouaghi , Tissemsilt , et Souk Ahras et dans certaines communes des wilayas de Biskra et de Djelfa ».

**Article 3** : L'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n° 95-330 du Aouel Joumada Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995, susvisé, est modifié comme suit :

« Article 1<sup>er</sup> – Les avantages particuliers attribués à des personnels qualifiés de l'Etat remplissant les conditions de qualification prévues à l'article 2 ci-dessous et exerçant dans l'une des wilayas suivantes : Khenchela, Tébessa, M'sila, Saida, Guelma, Tiaret, Batna, Oum El Bouaghi, Tissemsilt et Souk Ahras et dans certaines communes des wilayas de Djelfa et de Biskra sont fixés conformément aux dispositions du présent décret.

**Article 4** : Les annexes 1,2, et 3 annexées au décret exécutif n° 95-330 du Aouel Joumada Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995, susvisé, sont complétées et modifiées conformément aux annexes du présent décret.

**Article 5** : L'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 2 du décret exécutif n°95-330 du Aouel Joumada Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995, susvisé, est complété in fine comme suit :

« 1- d'intendant principal, de directeur d'établissement d'enseignement secondaire, de sous-direction des études des établissements d'enseignement secondaire , de professeur agrégé , d'inspecteur de l'éducation et de l'enseignement fondamental , d'inspecteur de l'éducation et de la formation , de conseiller principal d'orientation scolaire et professionnelle et d'inspecteur d'orientation scolaire et professionnelle ».

**Article 6** : L'article 4 du décret exécutif n° 95-330 du Aouel Joumada Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995, susvisé, est modifié comme suit :

« Art 4- Les personnels visés à l'alinéa 1 de l'article 2 ci-dessus et exerçant dans les établissements d'enseignement situés dans l'une des zones figurant à l'annexe 1 du présent décret, bénéficient de l'indemnité spécifique de poste dans les conditions suivantes »

(le reste sans changement).

**Article 7** : L'alinéa 5 du décret exécutif n° 95-330 du Aouel Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995, susvisé, est modifié comme suit :

« Art.5- Les personnels visés aux alinéas 2 et 3 de l'article 2 ci-dessus et exerçant respectivement dans les établissements de santé publique et dans les établissements d'enseignement et de formation supérieurs et les établissements de recherche scientifique situés dans l'une des communes figurant aux annexes 2 et 3 du présent décret, bénéficient de l'indemnité spécifique de poste au taux de 80%.

**Article 8** : L'alinéa 11 du décret exécutif n° 95-330 du Aouel Joumada Ethania 1416 correspondant au 25 octobre 1995, susvisé, est abrogé.

**Article 9** : Le présent décret, qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003, sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le Aouel Rabie El Aouel 1424 correspondant au 3 mai 2003.

Ali BENFLIS.

**ANNEXE I  
CLASSEMENT DES COMMUNES AU TITRE DU MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE**

WILAYAS	COMMUNES CLASSEES EN ZONE 1	COMMUNES CLASSEES EN ZONE 2	COMMUNES CLASSEES EN ZONE 3
Biskra	Djemorah, Branis, Ain Zaatout, Khangat, Sidi Nadji, El Kantara, Ras El Miaad, Besbes, Chaiba, Chetma, M'Chounéche, Miziraa	Sans changement	
Khenchela	Sans changement	Sans changement	Kais, khenchela, Fais
Tébessa	Sans changement	Sans changement	Kouif, Bakkaria, Boulhaf Dyr, El Aouinet, Boukhadra Ouenza, El Meridj, Ain Zerga El Ma Labiodh, El Houdjebet Bir Mokadem, Hammamet, Gorigueur, Morsott, Bir Deheb Tébessa.
Djelfa		Sans changement	Djelfa, Bouira, Lehdab, Ain Fekka Had Sahary, El Khemis Hassi Fidoul, Sidi Ladjel, M'Liliha, Sidi Baizid, Dar Chouikh, Benhar, Birine, Guernine, Ain Oussara, Zaafrane, Hassi El Euch, Ain Maabed, Hassi Bahbah.
M'Sila		Sans changement	Oultème, El Hamel, Oued Sidi Brahim, Benzouh, Sidi Ameer, Temsa, Ouled Slimane, Belaiba, Berhoum, Ain El Khadra, Maarif Khoubana, Medjdel, Ouled Atia Djebel Messad, Slim, M'Sila Tarmount, Ounougha, BouSaada Ouled Mansour, Bouti Esyeh, Zerarka, Oued Chair, Bir Fodda
Saida Guelma Tiaret, Batna Oum El Bouaghi Tissemsilt et Souk Ahras			Ensemble des communes

**ANNEXE II  
LISTE DES COMMUNES AU TITRE DU MINISTERE DE LA SANTE  
DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

WILAYAS	COMMUNES
Biskra	Djemorah, Branis, Ain Zaatout, Khangat Sidi Nadji, El Kantara, Ras El Miaad, Besbes, Chaiba, Chetma, M'Chounéche Mziraa, El Hadjeb, El Outaya, Biskra Sidi Okba, Tolga.
Djelfa	El Guedid, Charef, Bouira, Lahdeb, Ain Fekka, Had Sahary, El Khemis, Hassi Fdoul, Sidi Ladjel, M'liliha, Sidi Baizid Dar, Chouikh, Benhar, Birine, Guernine Zaafrane, Hassi El Euch, Ain Maabed, Hassi Bahbah, Ain Oussara, Djelfa.
Khenchela, Tébessa, M'Sila, Saida, Guelma, Tiaret, Batna El Bouaghi, Tissemsilt et souk Ahras	Ensemble des communes

**ANNEXE III  
LISTE DES COMMUNES AU TITRE DU MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

WILAYAS	COMMUNES
Biskra	Djemorah, Branis, Ain Zaatout, Khangat Sidi Nadji, El Kantara, Ras El Miaad, Besbes, Chaiba, Chetma, M'Chounéche Mziraa, El Hadjeb, El Outaya, Biskra
Djelfa	El Guedid, Charef, Bouira, Lahdeb, Ain Fekka, Had Sahary, El Khemis, Hassi Fdoul, Sidi Ladjel, M'liliha, Sidi Baizid Dar, Chouikh, Benhar, Birine, Guernine Zaafrane, Hassi El Euch, Ain Maabed, Hassi Bahbah, Ain Oussara,
Khenchela, Tébessa, M'Sila, Saida, Guelma, Tiaret, Tiaret, Batna, Oum El Bouaghi, Tissemsilt et souk Ahras	Ensemble des communes

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 juin 1966, modifiée et complétée, portant statut général de la fonction publique ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret exécutif n° 89-224 du 5 décembre 1989, modifiée et complétée, portant statut particulier des travailleurs appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques ;

**Décète:**

**Article 1er :** Il est institué au profit des agents régis par le décret exécutif n° 89-224 du 5 décembre 1989 susvisé , une indemnité mensuelle de sujétion spéciale , calculée aux taux de 30 % du salaire de base du grade d'origine.

**Article 2 :** L'indemnité de sujétion spéciale est exclusive de l'attribution de l'indemnité de service permanent et de l'indemnité de nuisance ainsi que toutes autres primes et indemnités de même nature, à l'exception de la prime de rendement et de l'indemnité de zone

**Article 3 :** L'indemnité de sujétion spéciale est soumise à la cotisation de la sécurité sociale et de la retraite.

**Article 4 :** Le présent décret qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1992 sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 mai 1992

**Sid Ahmed GHOZALI**

**Décret exécutif n° 91-113 du 27 avril 1991 instituant une indemnité de sujétion spéciale au profit de certains fonctionnaires de la santé publique.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu le décret n° 81-14 du 31 janvier 1981, modifié fixant les modalités de calcul de l'indemnité de travail posté;  
Vu le décret n° 81-57 du 28 mars 1981, fixant le taux et les conditions d'attribution de l'indemnité forfaitaire de service permanent ;  
Vu le décret n° 8S-58 du 23 mars 198S, modifié, relatif à l'indemnité d'expérience;  
Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;  
Vu le décret n° 88-219 du 2 novembre 1988, fixant les modalités de calcul de l'indemnité de nuisance ;  
Vu le décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 portant statut particulier des personnels paramédicaux ;  
Vu le décret exécutif n° 91-108 du 27 avril 1991 portant statut particulier des directeurs d'administration sanitaire ;  
Vu le décret exécutif n° 91-109 du 27 avril 1991 portant statut particulier des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation ;  
Vu le décret exécutif n° 91-110 du 27 avril 1991 portant statut particulier des sages-femmes ;  
Vu le décret exécutif n° 91-111 du 27 avril 1991 portant statut particulier des psychologues ;

**Décète:**

**Article 1<sup>er</sup>:** Il est institué au profit de certains fonctionnaires de la santé publique une indemnité de sujétion spéciale dont la liste des bénéficiaires ainsi que les taux applicables au salaire de base du grade d'origine sont fixés conformément au tableau suivant;

CATEGORIE DE PERSONNELS BENEFICIAIRES	TAUX PAR RAPPORT AU SALAIRE DE BASE
1) Personnels paramédicaux des services d'hospitalisation	15%
2) Personnels paramédicaux des services médico-techniques et des services extra-hospitaliers	10%
3) Personnels gestionnaires Chefs d'établissement	30%
Directeurs d'administration sanitaire (autres que chefs d'établissement)	15%
4) Psychologues cliniciens de santé publique et les orthophonistes de santé publique	15%

**Article 2 :** L'attribution de l'indemnité prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est exclusive des indemnités de nuisance et de service permanent-Elle est exclusive de toutes autres primes et indemnités pour les chefs d'établissement, à l'exception de l'indemnité de zone et de l'indemnité d'expérience professionnelle et de l'indemnité de garde.

**Article 3 :** Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées.

**Article 4 :** Le présent décret qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1991 sera publié au journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 avril 1991.

**Mouloud HAMROUCHE.**

**Décret exécutif n° 96-86 du 6 Chaoual 1416 correspondant au 24 février 1996 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91.113 du 27 avril 1991 instituant une indemnité de sujétion spéciale au profit de certains fonctionnaires de la santé publique.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2);

Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995, portant nomination du Chef du Gouvernement;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996, portant nomination des membres du Gouvernement.

Vu le décret exécutif n° 91-113 du 27 avril 1991, instituant une indemnité de sujétion spéciale au profit de certains fonctionnaires de la santé publique;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le tableau prévu à l'article 1er du décret exécutif n° 91-113 du 27 avril 1991 susvisé, est modifié et complété comme suit :

CATEGORIE DE PERSONNELS BENEFICIAIRES	TAUX
1 — Personnels paramédicaux des services d'hospitalisation.	20% à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 1996. 25% à compter du 1 <sup>er</sup> décembre 1996.
2 — Personnels paramédicaux des services médico- techniques et des services extra-hospitaliers.	15% à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 1996. 20% à compter du 1 <sup>er</sup> décembre 1996.
3 — Directeurs des secteurs sanitaires et directeurs des établissements hospitaliers spécialisés. *	40% à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 1996.
4 — Administrateurs des services sanitaires.	30% à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 1996.
5 — Psychologues cliniciens de la santé publique. — Psychologues orthophonistes de la santé publique.	30% à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 1996.

**Article 2 :** L'article 2 du décret exécutif n° 91 -113 du 27 avril 1991 susvisé, est modifié et complété comme suit :

"Art. 2. — L'attribution de l'indemnité prévue à l'article 1er ci-dessus est exclusive des indemnités de nuisance et de service permanent. L'indemnité de sujétion spéciale est soumise à cotisation de la sécurité sociale et de la retraite".

**Article 3 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 Chaoual 1416 correspondant au 24 février 1996.

**Ahmed OUYAHIA.**



Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125 (alinéa 1<sup>er</sup>) ;  
Vu le décret exécutif n° 91-113 du 27 avril 1991 instituant une indemnité de sujétion spéciale au profit de certains fonctionnaires de la santé publique ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le tableau prévu à l'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n° 91-113 du 27 avril 1991, susvisé, est modifié comme suit :

CATEGORIES DE PERSONNELS BENEFICIAIRES	TAUX
1-Personnels paramédicaux des services d'hospitalisations	45%
2- Personnels paramédicaux des services médico -techniques et des services extra-hospitaliers	40%
3-Directeurs des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés	40%
4-Administrateurs des services sanitaires	30%
5-Psychologues cliniciens de la santé publiques - Psychologues orthophonistes de la santé publiques	30%

**Article 2** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2002.

**Article 3** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 9 Chaabane 1423 correspondant au 16 octobre 2002.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre du travail et de la protection sociale

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4 et 116 (alinéa 2) ;

Vu la plate-forme portant consensus national sur la période transitoire ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée, relative aux assurances sociales ;

Vu le décret législatif n°94-08 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 portant loi de finances complémentaire pour 1994, notamment son article 22 ;

Vu le décret législatif n°94-12 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 fixant le taux de cotisation de sécurité sociale ;

Vu le décret présidentiel n° 94-92 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 4 Dhou El Kaada 1414 correspondant au 5 août 1994 ponant, nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-156 du 18 mai 1991 fixant le montant des prestations familiales;

Vu le décret exécutif n° 92-46 du 11 février 1992, modifié et complété, relatif aux conditions et aux modalités de mise en œuvre du soutien direct des revenus des catégories sociales défavorisées, notamment ses articles 4 et 5 ;

Vu le décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994 fixant la répartition du taux de la cotisation de sécurité sociale ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : le montant mensuel des allocations familiales est fixé à 300 DA par mois.

Ce montant intègre l'indemnité complémentaire d'allocation familiale (I.C.AF) servie conformément aux dispositions des articles 4 et 5 du décret exécutif n° 92-46 du 11 février 1992 susvisé.

**Article 2** : Le montant annuel de la prime de scolarité est fixé à 400 DA par enfant.

**Article 3** : Les conditions d'ouverture du droit, aux allocations familiales et à la prime de scolarité sont celles fixées par la réglementation en vigueur à la date d'effet du présent décret.

**Article 4** : Toutes dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

**Article 5** : Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1994.

**Article 6** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 10 Joumada El Oula 1415 correspondant au 15 octobre 1994.

**Mokdad SIFI**

**Décret exécutif n° 95-289 du Aouel Joumada EL Oula 1416 correspondant au 26 septembre 1995 portant revalorisation  
du montant des allocations familiales.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre du travail et de la protection sociale ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4 et 116 (alinéa 2) ;  
Vu la plate-forme portant consensus national sur la période transitoire ;  
Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée, relative aux assurances sociales ;  
Vu le décret législatif n°94-08 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 portant loi de finances complémentaire pour 1994, notamment son article 22 ;  
Vu le décret législatif n°94-12 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 fixant le taux de cotisation de sécurité sociale ;  
Vu le décret présidentiel n° 94-92 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 4 Dhou El Kaada 1414 correspondant au 5 août 1994 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994 fixant la répartition du taux de la cotisation de sécurité sociale ;  
Décret exécutif n° 94-326 du 10 Joumada EL Oula 1415 correspondant au 15 octobre 1994 fixant le montant des prestations familiales ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : le montant mensuel de l'allocation familiale prévu à l'article 1<sup>er</sup> du Décret exécutif n° 94-326 du 10 Joumada EL Oula 1415 correspondant au 15 octobre 1994 est majoré de 150 DA par mois par enfant dans la limite de cinq enfants bénéficiaires.

**Article 2** : Le travailleur salarié ou tout autre allocataire ne peut avoir droit à la majoration prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, que si le montant de son salaire ou revenu mensuel soumis à cotisation de sécurité sociale n'excède pas 15.000 DA.

**Article 3** : - Le montant de l'allocation familiale est maintenu à 300 DA pour :

- les enfants ayant 6<sup>ème</sup> rang et au delà,
- les enfants des travailleurs salariés ou d'allocataires dont le salaire ou revenu mensuel soumis à cotisation de sécurité sociale est supérieur à 15.000 DA.

**Article 4** : Le salaire ou revenu mensuel pris en considération pour la détermination du montant de l'allocation familiale est celui versé par l'employeur ou perçu au titre du premier mois de chaque semestre de l'année civile.

Les conditions d'ouverture du droit au montant majoré de l'allocation familiale tel que prévu à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, est valable pendant les six (6) mois qui suivent le premier mois du semestre, nonobstant les changements pouvant intervenir dans le salaire ou revenu mensuel du travailleur salarié ou de l'allocataire durant cette période.

**Article 5** : Les dispositions du présent décret prennent effet à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1995.

**Article 6** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 10 Aouel Joumada El Oula 1416 correspondant au 26 septembre 1995.

**Mokdad SIFI**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre du travail, de la protection sociale et de la formation professionnelle,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4° et 116 (alinéa 2);  
Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;  
Vu le décret législatif n° 94-08 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 portant loi de finances complémentaire pour 1994, notamment son article 22 ;  
Vu le décret législatif n° 94-12 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994, modifié et complété, fixant le taux de cotisation de sécurité sociale ;  
Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaabane 1416 correspondant au 31 décembre 1995 portant nomination du Chef du Gouvernement;  
Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaabane 1416 correspondant au 5 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement;  
Vu le décret exécutif n° 01-156 du 18 mai 1991 fixant le montant des prestations familiales ;  
Vu le décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994 fixant la répartition du taux de la cotisation de sécurité sociale ;  
Vu le décret exécutif n° 94-326 du 10 Joumada El Oula 1415 correspondant au 15 octobre 1994 fixant le montant des prestations familiales ;  
Vu le décret exécutif n° 95-289 du Aouel Joumada El Oula 1416 correspondant au 26 septembre 1995 portant revalorisation du montant des allocations familiales ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de revaloriser le montant des allocations familiales.

**Article 2** : Sans préjudice des articles 2 à 4 du décret exécutif n°95-289 du Aouel Joumada El Oula 1416 correspondant au 26 septembre 1995 susvisé, le montant mensuel de l'allocation familiale prévu à l'article 1<sup>er</sup> du décret exécutif n° 94-326 du 10 Joumada El Oula 1415 correspondant au 15 octobre 1994, est majoré de 300 DA par enfant dans la limite de cinq (5) enfants bénéficiaires.

**Article 3** : Les dispositions de l'article 2 ci-dessus, prennent effet à compter du 1er octobre 1996.

**Article 4** : Le montant annuel de la prime de scolarité prévue à l'article 2 du décret exécutif n° 94-326 du 10 Joumada El Oula 1415 correspondant au 15 octobre 1994 est majoré de 400 DA par enfant scolarisé dans la limite de cinq (5) enfants bénéficiaires.

**Article 5** : Le travailleur salarié ou tout autre allocataire ne peut avoir droit ou ouvrir droit à la majoration prévue à l'article 4 ci-dessus que si le montant de son, salaire ou revenu mensuel soumis à cotisation de sécurité sociale n'excède pas les 15.000DA-

**Article 6** : Le montant de la prime de scolarité est maintenu à 400 DA pour ;

\* les enfants scolarisés ayant 6<sup>ème</sup> rang et au delà,

\* les enfants scolarisés des travailleurs salariés ou allocataires dont le salaire ou revenu mensuel soumis à cotisation de sécurité sociale est supérieur à 15.000 DA.

**Article 7** : Le montant ou revenu mensuel pris en considération pour la détermination du montant de la prime de scolarité est –servi par l'employeur ou perçu au titre du 1<sup>er</sup> mois du second semestre de l'année civile.

**Article 8** : Les dispositions des articles 4 à 7 ci-dessus prennent effet à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1996.

**Article 9** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 24 Rabie Ethani 1417 correspondant au 8 septembre 1996.

**Ahmed OUYAHIA**

**Décret exécutif n° 97-330 du 8 Jomada El Oula 1418 correspondant au 10 septembre 1997 complétant le décret exécutif n° 96-298 du 24 Rabie Ethani 1417 correspondant au 8 septembre 1996 portant revalorisation du montant des allocations familiales.**

Vu le décret exécutif n° 94-326 du 10 Jomada El Oula 1415 correspondant au 15 octobre 1994 fixant le montant des prestations familiales;

Vu le décret exécutif n° 95-289 du Aouel Jomada El Oula 1416 correspondant au 26 septembre 1995 portant revalorisation du montant des allocations familiales;

Vu le décret exécutif n° 96-298 du 24 Rabie Ethani 1417 correspondant au 8 septembre 1996 portant revalorisation du montant des allocations familiales;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Il est ajouté au décret exécutif n° 96-298 du 24 Rabie Ethani 1417 correspondant au 8 septembre 1996 susvisé, un article 7 bis rédigé ainsi qu'il suit :

"Art. 7 bis. — Les augmentations de salaires postérieures au 30 avril 1997 résultant d'un relèvement général des salaires ou d'accords collectifs sur les salaires, n'entrent pas en ligne de compte dans le salaire de référence de 15.000 DA prévu par les décrets exécutifs nos 96-289 et 96-298 du 24 Rabie Ethani 1414 correspondant au 8 septembre 1996, susvisés, et servant à déterminer les différents montants des allocations familiales et primes de scolarité revenant au travailleur".

**Article 2 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 8 Jomada El Oula 1418 correspondant au 10 septembre 1997.

**Ahmed OUYAHIA.**

Le Chef du Gouvernement,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu le décret n° 65-75 du 23 mars 1965 relatif aux indemnités à caractère familial ;  
Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 91-156 du 18 mai 1991 fixant le montant des prestations familiales ;  
Vu le décret exécutif n° 94-326 du 10 Joumada El Oula 1415 correspondant au 15 octobre 1994 fixant le montant des prestations familiales ;  
Vu le décret exécutif n° 95-289 du Aouel Joumada El Oula 1416 correspondant au 26 septembre 1995 portant revalorisation du montant des allocations familiales ;  
Vu le décret exécutif n° 96-298 du 24 Rabie Ethani 1417 correspondant au 8 septembre 1996 portant revalorisation du montant des allocations familiales ;  
Décrète :

**Article 1<sup>er</sup>** : Le point 4 de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 65-75 du 23 mars 1965, susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« 4) Le taux annuel de l'allocation pour salaire unique des agents relevant du secteur de la fonction publique est fixé uniformément à 4800 DA, quel que soit le nombre d'enfants ».

**Article 2** : Cette disposition prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

**Article 3** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 Dhou El Hidja 1424 correspondant au 14 février 2004.

**Ahmed OUYAHIA**

**Décret exécutif n°07-292 du 14 Ramadhan 1428 correspondant au 26 septembre 2007 modifiant le décret n°65-75 du 23 mars 1965 relatif aux indemnités à caractère familial.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre des finances,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret n°65-75 du 23 mars 1965, modifié, relatif aux indemnités à caractère familial ;

Vu le décret présidentiel n°07-172 du 18 Jomada EL Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n°07-173 du 18 Jomada EL Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°91-156 du 18 mai 1991 fixant le montant des prestations familiales ;

Vu le décret exécutif n°94-326 du 10 Jomada EL Oula 1415 correspondant au 15 octobre 1994 fixant le montant des prestations familiales ;

Vu le décret exécutif n°95-289 du Aouel Jomada EL Oula 1416 correspondant au 26 septembre 1995 portant revalorisation du montant des allocations familiales ;

Vu le décret exécutif n°96-298 du 24 Rabie Ethani 1417 correspondant au 8 septembre 1996 portant revalorisation du montant des allocations familiales ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le point « 4 » de l'article 1<sup>er</sup> du décret n°65-75 du 23 mars 1965, modifié, susvisé est modifié, ainsi qu'il suit :

« 4) le taux annuel de l'allocation pour salaire unique est fixé à 9600 DA pour les agents relevant du secteur de la fonction publique qui ont au moins un (1) enfant à charge et dont le conjoint est sans revenu ».

**Article 2 :** Cette disposition prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**Article 3 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 14 Ramadhan 1428 correspondant au 26 septembre 2007.

**Abdelaziz BELKHADEM.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre des finances,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 modifiée et complétée relative à la comptabilité publique ;

Décret n° 68-594 du 24 octobre 1968 portant réglementation générale des conditions d'attribution d'indemnités de toute nature aux fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales et des établissements et organismes publics soumis au statut général de la fonction publique, notamment son article 3 ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n° 04-138 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 6 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 26 avril 2004 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-311 du 9 septembre 1991 complété, relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics, notamment son article 4 ;

Vu le décret exécutif n° 93-108 du 5 mai 1993 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des régies de recettes et de dépenses, notamment son article 11 ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Il est institué une indemnité de responsabilité personnelle au profit :

- agents comptables agréés, prévus à l'article 4, alinéa 1<sup>er</sup> du décret exécutif n° 91-311 du 9 septembre 1991, susvisé ;
- régisseurs, prévus par le décret exécutif n° 93-108 du 5 mai 1993, susvisé.

**Article 2 :** L'indemnité prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, calculée par référence au salaire de base du grade d'origine, est servie mensuellement au taux de :

- 20% pour les agents comptables agréés ;
- 10% pour les régisseurs.

**Article 3 :** L'indemnité de responsabilité personnelle prévue par les dispositions du présent décret est exclusive de toute autre prime ou indemnité de même nature.

**Article 4 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 7 Chaabane 1425 correspondant au 22 septembre 2004.

**Ahmed OUYAHIA.**



# **Relation avec les Partenaires Sociaux et Règlement des Conflits**

Direction de la Communication et des Relations Publiques  
N° 507 MSPRH/ DCRP/2003

Alger, le 29 Sept 2003

LETTRE CIRCULAIRE

Mesdames et Messieurs les DSPRH

(Pour exécution et suivi en communication à l'ensemble des directeurs des EHS et des Secteurs Sanitaires).

Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU

(Pour exécution et suivi)

**OBJET : Gestion des relations avec les partenaires sociaux.**

L'exploitation des instructions relatives au dialogue social dans le secteur de la santé fait globalement ressortir un bilan mitigé quant à la qualité et à la nature de ces relations

En effet et parallèlement à l'amélioration significative enregistrée dans de nombreux endroits l'analyse de conjoncture montre parfois des indicateurs symptomatiques d'une mauvaise qualité du dialogue social, voire même une perversion de la nature des relations entre l'administration de certains établissements et ces divers partenaires sociaux.

A cet égard, il est demandé à l'ensemble des gestionnaires des établissements publics de santé de veiller soigneusement à :

- Renforcer et développer de la réglementation en vigueur.
- Traiter à temps et dans les formes légales, les doléances des partenaires sociaux à l'effet d'éviter date de situation de dégradation du climat social.
- Maintenir et renforcer la neutralité de l'administration quand à ses relations avec les partenaires syndicaux.
- Réunir régulièrement les organes consultants et délibérants.
- Développer une saine culture du partenariat autour de l'objectif fondamental de renforcement du service public et d'amélioration de la qualité de la prise en charge du citoyen.
- Assumer pleinement et entièrement les prérogatives et missions irréfragables légalement et strictement dévolues à l'administration qui ne doit en aucun cas s'en départir de quelque façon que de soit.

Par ailleurs, il a été constaté dans certains cas que des gestionnaires (quel que soit leur rang dans la hiérarchie de l'établissement) sont partie prenante d'une forme « D'instrumentalisation clientéliste » portant selon les cas sur le maintien ou le départ du premier gestionnaire de l'établissement ou de l'un de ses adjoints.

A cet effet, il est rappelé à tous les concernés que la gestion de la carrière du cadre gestionnaire relève en dernière instance de la compétence de l'administration ayant pouvoir de nomination, et que l'appréciation de la qualité de gestion d'un cadre est le fait d'une évaluation objective et transparente ne pouvant en aucune manière être influencée par un quelconque de démarchage, de quelque nature que ce soit.

Dans ce cadre la promulgation prochaine du cadre réglementaire devant asseoir les différents cahiers des charges ( de l'établissement et du service) viendra renforcer cette transparence en matière d'évaluation dynamiser les capacités managériales des gestionnaires dont la mandat consiste avant tout à servir les usagers et protéger ces mêmes gestionnaires contre toute contestation subjective lorsque la saine gestion dérange des « pratiques » portant préjudice à la bonne prise en charge des usagers .

Il est attendu de toutes et de tous les cadres gestionnaires de se conformer aux directives de cette circulaire et de veiller à ce que l'impératif de l'amélioration de la prise en charge de l'usager soit réellement au cœur de la logique de fonctionnement de l'établissement.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la réforme Hospitalière

**Pr Mourad REDJIMI**

**Destinataires**

MM. Les Walis (cabinet)  
Les Walis (DSP)  
Les Directeurs Généraux  
. I. N. S. P.  
. I. P. A.

**Objet : Organisation de l'information, de la concertation et du dialogue**

La loi n° 82 -05 du 13 février 1982 a fixée la procédure et le cadre d'examen et de règlement des questions relatives aux relations de travail. Les décrets n° 81- 242 et 81- 243 de septembre 1981 portant, respectivement, création et organisation des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés ont crée les conseils de direction et les conseils médicaux, cadres du dialogue et de la concertation de par leurs compositions et leurs attributions

Par ailleurs, les circulaires n° 261 du 15 janvier 1984 et 275 du 7 août 1984 ont rappelé que des séances de travail devaient être tenues périodiquement et régulièrement aux différents niveaux du système national de santé, entre les responsables administratifs et les représentants des travailleurs.

Or, la période qui vient de s'écouler a révélé que les prescriptions énoncées par les textes précités n'ont pas été appliquées par l'ensemble des établissements puisque des problèmes relevant de la gestion administrative n'ont pas été réglés faute d'avoir été examinés objectivement en leur temps, au niveau hiérarchique convenable, conformément aux règles édictées.

Aussi, il est constamment rappelé qu'il est dans les attributions et dans les responsabilités des directeurs des établissements sanitaires et des chefs de division de la santé et de la population :

- D'appliquer le principe du dialogue et de la concertation, dans le respect de différents textes législatifs et réglementaires qui en définissent et fixent le cadre et les modalités d'application.
- D'informer le personnel de toute disposition relative à la marche des établissements, aux conditions de travail, au déroulement des carrières.

Par ailleurs, des réception de la présente instruction, les réunions prévues par la circulaire n° 261 du 15 Juin 1984 doivent avoir lieu tous les mois et à tous les niveaux.

Un compte rendu de ces réunions, qui comportera notamment les solutions et les mesures mises en œuvre pour le règlement des problèmes, doit parvenir régulièrement au ministère de la santé publique.

J'attache une importance particulière à l'exécution des dispositions de la présente instruction, dont la mise en œuvre effective répond au souci majeur d'assurer le fonctionnement normal des établissements et services de santé.

Le Ministre de la Santé Publique

**Messaoud ZITOUNI**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution et notamment ses articles 52, 53, 54, 113, 115 et 117 ;  
Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée portant code pénal ;  
Vu l'ordonnance n° 71-74 du 16 novembre 1971 relative à la gestion socialiste des entreprises ;  
Vu l'ordonnance n°75-33 du 29 avril 1975 relative aux attributions de l'inspection du travail et des affaires sociales ;  
Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur ;  
Vu la loi n° 82-05 du 13 février 1982 relative à la prévention et au règlement des différents collectifs de travail ;  
Vu la loi n° 82-06 du 27 février 1982 relative aux relations individuelles de travail ;  
Vu la loi n° 86-01 du 28 janvier 1986 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966 portant code de procédure civile ;  
Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques ;  
Vu la loi n° 88-14 du 3 mai 1988 modifiant et complétant l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975 portant code civil ;  
Après adoption par l'Assemblée populaire nationale ;

Promulgue la loi dont la teneur suit :

## TITRE I OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

**Article 1<sup>er</sup>** : La présente loi a pour objet de déterminer les modalités de prévention et de règlement des conflits collectifs de travail ainsi que les conditions et modalités d'exercice du droit de grève résultant des conflits collectifs au sens de l'article 2 ci-dessous.

**Article 2** : Constitue un conflit collectif de travail, régi par les dispositions de la présente loi, tout désaccord relatif aux relations socio-professionnelles et aux conditions générales de travail, entre les travailleurs et l'employeur parties à une relation de travail, et non résolu dans le cadre des dispositions prévues aux articles 4 et 5 ci-dessous ;

**Article 3** : Les dispositions de la présente loi s'appliquent à l'ensemble des travailleurs et employeurs, personnes physiques ou morales, à l'exclusion des personnes civiles et militaires de la défense nationale.

## TITRE II DE LA PREVENTION ET DU REGLEMENT DES CONFLITS DE TRAVAIL

### Chapitre 1

#### Dispositions applicables aux organismes employeurs autres que les institutions et administrations publiques

#### Section 1

##### De la prévention des conflits

**Article 4** : Les employeurs et les représentants des travailleurs organisent des réunions périodiques en vue d'examiner, en commun, la situation des relations socio-professionnelles.

Au sens des dispositions de la présente loi, le terme « représentants des travailleurs » désigne les représentants syndicaux des travailleurs ou des représentants élus par les travailleurs lorsqu'il n'y a pas de représentants syndicaux.

Les modalités d'application du présent article et notamment la périodicité des réunions sont fixées par les conventions ou accords conclus entre les employeurs et les représentants des travailleurs,

**Article 5** : En cas de différend entre les deux parties sur toute ou partie des questions examinées, l'employeur et les représentants des travailleurs engagent les procédures éventuelles de conciliation prévues par les conventions ou accords auxquels ils sont parties, A défaut de procédure conventionnelles de conciliation ou, en cas d'échec de celle-ci, l'inspection du travail territorialement compétente est saisie du différend collectif de travail par l'employeur ou les représentants des travailleurs.

#### Section 2 De la conciliation

**Article 6** : L'inspection du travail territorialement compétente saisie d'un différend collectif de travail procède obligatoirement à la tentative de conciliation entre l'employeur et les représentants des travailleurs

A cet effet, l'inspecteur du travail désigné convoque les parties au différend collectif de travail à une première audience de conciliation qui a lieu dans les huit (8) jours qui suivent la saisine, à l'effet de consigner la position de chacune des parties sur chacune des questions, objet du litige.

**Article 7** : Les parties au différend collectif de travail sont tenues de se présenter aux audiences de conciliation organisées par l'inspecteur du travail.

**Article 8** : Au terme de la procédure de conciliation, qui ne saurait excéder quinze (15) jours à compter de la date de la première audience, l'inspecteur du travail établit un procès-verbal signé des parties, consignat les accords intervenus et lorsqu'il en est cas, les questions sur lesquelles persiste le différend collectif de travail.

Les accords conclus par les parties sont exécutoires au jour de leur dépôt au greffe du tribunal territorialement compétent par la partie la plus diligente.

**Article 9** : En cas d'échec de la procédure de conciliation sur toute ou partie du différend collectif de travail, l'inspecteur du travail établit un procès-verbal de non conciliation.

Dans ce cas, les parties peuvent convenir de recourir à la médiation ou à l'arbitrage tels que prévus par les dispositions de la présente loi.

#### Section 3 De la médiation

**Article 10** : La médiation est la procédure par laquelle les parties à un différend collectif de travail s'accordent pour confier à une personne tierce appelée médiateur, qu'elles désignent d'un commun accord, la mission de leur proposer un règlement amiable de leur différend,

**Article 11** : Le médiateur reçoit des parties toutes informations utiles à l'accomplissement de sa mission, Il est tenu, à l'égard des tiers, au secret professionnel sur toute information dont il a pu prendre connaissance à l'occasion de sa mission, Le médiateur est assisté, en matière de législation du travail, à sa demande, par l'inspection du travail territorialement compétente,

**Article 12 :** Le médiateur soumet aux parties, dans un délai qu'elles déterminent et sous forme de recommandation motivée, les propositions de règlement du différend soumis à son examen ;

Copie de ladite recommandation est transmise par le médiateur à l'inspection du travail territorialement compétente,

#### **Section 4**

##### **De l'arbitrage**

**Article 13 :** Lorsque les parties conviennent de soumettre leur différend à l'arbitrage, il est fait application des articles 442 à 454 du code de procédure civile, sous réserve des dispositions particulières de la présente loi,

La sentence arbitrale est rendue en dernier ressort dans les trente (30) jours de la désignation des arbitres. Elle s'impose aux parties, tenues d'en assurer l'exécution.

### **Chapitre II**

#### **Dispositions applicables aux institutions et administrations publiques**

##### **Section 1**

##### **Définition**

**Article 14 :** Constituent des institutions et administrations publiques, au sens de la présente loi, les établissements, institutions et organismes publics à caractère administratif ainsi que les administrations centrales de l'Etat, des wilayas et des communes.

##### **Section 2**

##### **De la prévention des conflits collectifs de travail**

**Article 15 :** L'examen de la situation des relations socio-professionnelles se réalise dans les institutions et administrations publiques au cours de réunions périodiques entre les représentants des travailleurs et les représentants habilités des institutions et administrations publiques concernées,

##### **Section 3**

##### **De la conciliation**

**Article 16 :** En cas de différend entre les deux parties sur toute ou partie des questions examinées, les représentants des travailleurs saisissent, en recours :

- Les autorités administratives compétentes au niveau de la commune ou de la wilaya dont relève l'institution ou l'administration concernée.
- Les ministres ou leurs représentants habilités lorsque les institutions ou administrations concernées relèvent de leur compétence ou lorsque le différend collectif de travail revêt un caractère régional ou national.

**Article 17 :** A défaut de règlement des questions, objet du recours, prévues à l'article précédent, l'autorité hiérarchique supérieure convoque dans les huit (8) jours de sa saisine, les parties au différend collectif de travail à une réunion de conciliation, en présence de représentants de l'autorité chargée de la fonction publique et de l'inspection du travail territorialement compétente.

**Article 18 :** Lorsqu'il est constaté, lors de la réunion de conciliation, que le différend porte sur la non application d'une obligation réglementaire, l'autorité hiérarchique supérieure saisie, veille à en assurer l'application, dans un délai n'excédant pas trente (30) jours à compter de la date de la saisine,

**Article 19 :** Lorsqu'il est constaté lors de la réunion de conciliation que les points objet du différend collectif de travail portent sur l'interprétation de dispositions légales ou réglementaires ou sur les questions qui ne peuvent être prises en charge dans le cadre des dispositions légales ou réglementaires en vigueur, l'autorité chargée de la fonction publique est saisie dans les formes prévues à l'article 20 ci-dessous, par l'autorité hiérarchique supérieure visée à l'article 16 ci-dessous, à l'effet de soumettre les questions objet du différend au conseil paritaire de la fonction publique prévu aux articles 21 à 23 ci-dessous.

**Article 20 :** Au terme de la procédure de conciliation prévue aux articles 16 à 19 et qui ne saurait excéder quinze (15) jours à compter de la date de la première réunion, l'autorité hiérarchique supérieure établit un procès-verbal signé des parties consignant les accords intervenus et, le cas échéant, des propositions, à l'autorité chargée de la fonction publique, relatives aux formes et procédures de prise en charge des questions sur lesquelles persiste le différend.

##### **Section 4**

##### **Du conseil paritaire de la fonction publique**

**Article 21 :** Il est institué un conseil paritaire de la fonction publique composé de représentants de l'administration et des travailleurs et placé auprès de l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 22 :** Le conseil paritaire de la fonction publique constitue un organe de conciliation en matière de différends collectifs de travail au sein des institutions et administrations publiques.

Il est, en outre, consulté en matière d'élaboration et adaptation de textes législatifs et réglementaires régissant les conditions et les relations de travail au sein des institutions et administrations publiques.

**Article 23 :** La composition et les modalités de désignation du président et des membres du conseil paritaire de la fonction publique ainsi que son mode d'organisation et de fonctionnement sont définis par voie réglementaire.

### **TITRE III**

#### **DE L'EXERCICE DU DROIT DE GREVE**

##### **Chapitre 1**

##### **Des modalités d'exercice du droit de grève**

##### **Section 1**

##### **Des conditions générales**

**Article 24 :** Lorsque le différend persiste après épuisement des procédures de conciliation et accessoirement de médiation prévues ci-dessus, et à défaut d'autres voies de règlement éventuellement prévues par accord ou convention des parties, le droit des travailleurs de recourir à la grève s'exerce dans les conditions et selon les modalités définies par les dispositions de la présente loi.

**Article 25 :** Le recours à la grève ne peut s'exercer et la grève déclenchée est suspendue, dès lors que les parties au conflit collectif sont convenues de soumettre leur différend à l'arbitrage.

**Article 26 :** L'arrêt collectif de travail résultant d'un conflit collectif de travail au sens de l'article 2 ci-dessus, intervenu en violation des dispositions de la présente loi, constitue une faute professionnelle grave des travailleurs qui y ont pris part et engage la responsabilité des personnes qui y ont contribué par leur action directe.

##### **Section 2**

##### **De l'approbation de la grève par le collectif**

**Article 27 :** Dans les cas prévus à l'article 25 ci-dessus, le collectif des travailleurs concernés est convoqué, l'employeur informé, en assemblée générale sur les lieux habituels de travail à l'effet de l'informer sur les points de désaccord persistants et de se prononcer sur l'éventualité d'un arrêt concerté et collectif de travail. Le collectif des travailleurs entend, à leur demande, les représentants de l'employeur ou de l'autorité administrative concernée.

**Article 28 :** Le recours à la grève est approuvé par un vote à bulletin secret à la majorité des travailleurs réunis en assemblée générale, constituée d'au moins la moitié des travailleurs composant le collectif concerné.

##### **Section 3**

##### **Du préavis de grève**

**Article 29 :** La grève approuvée dans les conditions prévues aux articles 27 et 28 ci-dessus, prend effet à l'expiration d'un délai de préavis de grève.

**Article 30 :** Le préavis de grève court à compter de la date de son dépôt auprès de l'employeur, l'inspection du travail territorialement compétente informée.

Sa durée est fixée par voie de négociation et ne peut être inférieure à huit (8) jours à compter de la date de son dépôt.

**Article 31 :** Dès le dépôt du préavis de grève, l'employeur et les représentants des travailleurs s'obligent à prendre les mesures nécessaires pour assurer la préservation et la sécurité des installations et des biens et désignent les travailleurs chargés de ces tâches.

#### Section 4

##### De la protection du droit de grève

**Article 32 :** Le droit de grève exercé dans le respect des dispositions de la présente loi est protégé par la loi.

La grève déclenchée dans ces conditions ne rompt pas la relation de travail.

Elle en suspend les effets pour la durée de l'arrêt collectif de travail, sauf dans ce que les parties au différend sont convenues par conventions ou accords signés par les parties.

**Article 33 :** Sauf dans les cas de réquisitions ordonnées par les autorités administratives ou de refus des travailleurs d'exécuter les obligations découlant du service minimum visé aux articles 39 et 40 ci-dessous est interdite toute affectation de travailleurs par voie de recrutement ou autrement destiné à pourvoir au remplacement des travailleurs en grève.

De même, aucune sanction ne peut être prononcée contre les travailleurs en raison de leur participation à une grève régulièrement déclenchée, dans les conditions prévues par la présente loi.

#### Section 5

##### De l'entrave à la liberté du travail

**Article 34 :** L'entrave à la liberté du travail est punie par la loi.

Constitue une entrave à la liberté du travail, tout acte de nature à empêcher, par menaces, manœuvres frauduleuses, violences ou voies de fait, un travailleur, un employeur ou ses représentants d'accéder à leur lieu habituel de travail, de reprendre ou de poursuivre l'exercice de leur activité professionnelle.

**Article 35 :** L'occupation par des travailleurs en grève de locaux professionnels de l'employeur est interdite quand elle a pour objet de constituer une entrave à la liberté du travail.

Dans ce cas, l'évacuation des locaux peut être prononcée par ordonnance judiciaire sur demande de l'employeur.

**Article 36 :** L'entrave à la liberté du travail ainsi que le refus d'obtempérer à l'exécution d'une ordonnance judiciaire d'évacuation des locaux professionnels, constituent une faute professionnelle grave, sans préjudice des sanctions pénales.

### Chapitre 2

#### Des limitations à l'exercice du droit de grève

##### Section 1

###### Du service minimum

**Article 37 :** Lorsque la grève concerne des activités dont l'interruption complète est de nature à porter atteinte à la continuité de services publics essentiels, à des activités économiques vitales, l'approvisionnement de la population ou à la sauvegarde des installations et biens existants, la poursuite des activités indispensables est organisée en la forme d'un service minimum obligatoire ou résultant de négociations, de conventions ou d'accords tels que prévus aux articles 38 et 39 ci-dessous.

**Article 38 :** Un service minimum obligatoire est organisé dans les domaines ci-après énumérés ;

- 1- Services hospitaliers de garde, des urgences et de distribution des médicaments,
- 2- Services liés au fonctionnement du réseau national de télécommunication, de radiotélévision et de radiodiffusion,
- 3- Services liés à la production, au transport et à la distribution de l'électricité, du gaz des produits pétroliers et de l'eau,
- 4- Services communaux d'enlèvement des ordures au sein des structures sanitaires et abattoirs, les services de contrôle sanitaires phytosanitaires et vétérinaires opérant aux frontières, sur les ports et aéroports, les services vétérinaires aussi biens publics que privés, ainsi que les services de désinfection,
- 5- Services directement liés à la production d'énergie destinée à l'alimentation du réseau de télécommunications ainsi que les services indispensables au fonctionnement des centres de transit des télécommunications et à la maintenance du réseau des transmissions nationales,
- 6- Services chargés au sein de la banque centrale et des banques publiques des relations financières avec l'étranger,
- 7- Services chargés de la production, du transport par canalisation, du chargement et du transport maritime des hydrocarbures,
- 8- Cabotage national des hydrocarbures,
- 9- Services de manutention portuaire et aéroportuaire et de transport des produits reconnus dangereux, rapidement périssables ou liés aux besoins de la défense nationale,
- 10- Services liés à la sécurité des moyens de transport (météorologie, signalisation maritime, ferroviaire y compris les gardes-barrières),
- 11- Services de transport et de télécommunication directement liés à la sauvegarde des vies humaines et aux opérations de remorquage ou de sauvegarde des navires,
- 12- Services des inhumations et des cimetières,
- 13- Services chargés du contrôle de la circulation aérienne (centre de contrôle régionaux, approche et tours de contrôle),
- 14- Services du greffe des cours et tribunaux.

**Article 39 :** Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 38, le service minimum est déterminé dans des domaines d'activités spécifiés par voie de convention ou accord collectif.

A défaut, l'employeur ou l'autorité administrative concernée déterminent, après consultation des représentants des travailleurs, les domaines d'activité sujets au service minimum et les travailleurs strictement indispensables à leur prise en charge

**Article 40 :** Le refus par un travailleur concerné d'assurer le service minimum auquel il est astreint constitue une faute professionnelle grave.

##### Section 2

###### De la réquisition

**Article 41 :** Il peut être ordonné, conformément à la législation en vigueur, la réquisition de ceux des travailleurs en grève occupant dans des institutions ou administrations publiques ou dans des entreprises, des postes de travail indispensables à la sécurité des personnes, des installations et des biens, ainsi qu'à la continuité des services publics essentiels à la satisfaction des besoins vitaux du pays ou exerçant des activités indispensables à l'approvisionnement de la population.

**Article 42 :** Sans préjudice des sanctions prévues par le code pénal, le refus d'exécuter un ordre de réquisition constitue une faute professionnelle grave.

### Chapitre 3

#### Des interdictions aux recours à la grève

**Article 43 :** Le recours à la grève est interdit dans les domaines d'activités essentiels dont l'interruption peut mettre en danger la vie, la sécurité ou la santé du citoyen ou est susceptible d'entraîner, par ses effets, une crise économique grave.

A ce titre, le recours à la grève est interdit aux :

- 1- Magistrats,
- 2- fonctionnaires nommés par décret ou en poste à l'étranger
- 3- agents des services de sécurité
- 4- agents actifs des services de la protection civile,
- 5- agents des services d'exploitation du réseau des transmissions nationales des ministères de l'intérieur et des affaires étrangères,
- 6- agents actifs des douanes,
- 7- personnels des services extérieurs de l'administration pénitentiaire.

**Article 44 :** Les différents collectifs de travail auxquels font partie les travailleurs régis par les dispositions de l'article précédant sont soumis aux procédures de conciliation prévues aux articles 16 à 20 et, le cas échéant, à l'examen de la commission nationale d'arbitrage telle que prévue au titre V de la présente loi.

#### TITRE IV DE LA RESOLUTION DE LA GREVE

**Article 45 :** Les parties au différend collectif de travail sont tenues, durant la période de préavis et après le déclenchement de la grève, de poursuivre leurs négociations pour le règlement de leur désaccord, objet du conflit.

**Article 46 :** Le ministre chargé du secteur considéré, le wali, ou le président de l'Assemblée populaire communale, peuvent, lorsque les positions des parties font présumer des difficultés de négociations directes, désigner un médiateur qualifié en vue de soumettre aux parties au conflit des propositions de règlement de leur différend,

Les parties ayant désigné le médiateur peuvent lui fixer un délai pour présenter ses propositions

**Article 47 :** Le rapport du médiateur peut être rendu public à la demande de l'une ou l'autre des parties au conflit collectif de travail.

**Article 48 :** En cas de persistance de la grève et après échec de la médiation prévue à l'article 46, le ministre, le wali ou le président de l'Assemblée communale populaire concernés peuvent, lorsque d'impérieuses nécessités économiques et sociales l'exigent, déférer, après consultation de l'employeur et des représentants des travailleurs, le conflit collectif de travail devant la commission nationale d'arbitrage prévue au titre V de la présente loi.

#### TITRE V DE LA COMMISSION NATIONALE D'ARBITRAGE

**Article 49 :** La commission nationale d'arbitrage est compétente pour les différends collectifs de travail :

- Qui concernent les personnels auxquels le recours à la grève est interdit,
- Qui lui sont soumis dans les conditions prévues à l'article 48 de la présente loi,

**Article 50 :** La commission nationale d'arbitrage statue sur les différends collectifs de travail dont elle est saisie, dans un délai n'excédant pas trente (30) jours :

- Par le ministre, le wali ou le président de l'Assemblée communale populaire concernés, dans les conditions fixées à l'article 48 ci-dessus,
- Par le ministre concerné ou les représentants des travailleurs pour les personnels prévus à l'article 43 ci-dessus,

Elle reçoit communication de toute information ayant trait au différend collectif de travail ainsi que tout document établi dans le cadre des procédures de conciliation et de médiation prévues,

**Article 51 :** La commission nationale d'arbitrage est présidée par un magistrat près de la cour suprême et est composée, en nombre égal, de représentants désignés par l'Etat et de représentants des travailleurs,

La composition et les modalités de désignation des membres de la commission, ainsi que son mode d'organisation et de fonctionnement sont définies par voie réglementaire,

#### Section 2 Des sentences arbitrales

**Article 52 :** Les sentences arbitrales sont rendues exécutoires par ordonnances du premier président de la cour suprême ; Elles sont notifiées aux parties dans les trois (3) jours de leur date de décision par le président de la commission nationale d'arbitrage.

#### TITRE VI DISPOSITIONS PENALES

**Article 53 :** L'absence, sans motif légitime, de l'une ou de l'autre des parties au conflit collectif de travail aux audiences et réunions de conciliation organisées, conformément aux dispositions de la présente loi, est punie d'une amende de 500.00 à 2.000,00 DA. Elle peut être portée à 5.000,00 DA en cas de récidive,

**Article 54 :** La fourniture aux arbitres et médiateurs prévus par les dispositions de la présente loi, d'information fausses ou de documents falsifiés, ainsi que toute manœuvre frauduleuse tendant à faire pression sur les membres desdits organes en vue d'orienter leur décision ou recommandation, est punie d'une amende de 5.000,00 à 20.000,00 DA et de 2 à 6 mois d'emprisonnement ou de l'une de ces deux peines.

**Article 55 :** Est puni d'un emprisonnement de huit (8) jours à deux (2) mois et d'une amende de 500.00 à 2.000,00 DA ou de l'une de ces deux peines, quiconque a amené ou tenté d'amener, maintenir ou tenté de maintenir une cessation concertée et collective de travail contraire aux dispositions de la présente loi,

Ces peines sont fixées de six (6) à trois (3) ans d'emprisonnement et de 2.000,00 à 50.000,00 DA d'amende, ou l'une de ces deux peines, lorsque l'arrêt concerté et collectif de travail s'est accompagné de violences ou voies de fait contre les personnes ou contre les biens,

**Article 56 :** Toute manœuvre frauduleuse, menace, violence et / ou voies de fait ayant pour objet de constituer une entrave à la liberté du travail, au sens de la présente loi, est punie d'une amende de 500.00 à 2.000,00 DA et d'un emprisonnement de quinze jours (15) à deux (2) mois, ou de l'une de ces deux peines,

**Article 57 :** Est punie d'un emprisonnement de huit (8) jours à deux (2) mois, et d'une amende de 500.00 à 2.000,00 DA ou de l'une de ces deux peines, toute personne qui par recrutement ou affectation de travailleurs porte ou tente de porter atteinte à l'exercice du droit de grève exercé dans le respect des dispositions de la présente loi.

Lorsque les atteintes à l'exercice du droit de grève sont accompagnées de menaces, violences et / ou voies de fait, ces peines sont fixées de six (6) mois à trois (3) ans d'emprisonnement et de 2.000,00 à 50.000,00 DA ou de l'une de ces deux peines.

#### TITRE VII DISPOSITIONS FINALES

**Article 58 :** Toutes dispositions contraires à celles de la présente loi sont abrogées, notamment l'article 171 de l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal et la loi n° 82-05 du 13 février 1982 relative à la prévention et au règlement des différends collectifs de travail.

**Article 59 :** La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique populaire.

Fait à Alger, le 6 février 1990

Chadli BENDJEDID



Le président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 53, 113, 115, 117 et 137 ;  
Vu l'ordonnance n°65-278 du 16 novembre 1965 portant organisation judiciaire ;  
Vu l'ordonnance 66-154 du 8 juin 1966 modifié et complété portant code de procédure civile ;  
Vu l'ordonnance n° 75-32 du 29 avril 1975 relative à la justice du travail ;  
Vu la loi n° 78 -12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, ensemble des textes pris pour son application ;  
Vu la loi n° 83-15 du 2 juillet 1983 relative aux contentieux de sécurité sociale ;  
Vu la loi n° 90-02 du 6 février 1990 relative à la prévention et au règlement des conflits collectifs de travail et à l'exercice du droit de grève ;  
Vu la loi n° 90-03 du 6 février 1990 relative à l'inspection du travail ;  
Après adoption par l'Assemblée populaire nationale ;  
Promulgue la loi dont la teneur suit :

## TITRE I DISPOSITIONS GENERALES

**Article 1<sup>er</sup>** : La présente loi a pour objet de déterminer les modalités de prévention et de règlement des conflits individuels de travail ainsi que les règles et procédures régissant les bureaux de conciliation et les tribunaux siégeant en matière sociale.

**Article 2** : Constitue un conflit individuel de travail, au sens de la présente loi, tout différend de travail opposant un travailleur salarié et un employeur sur l'exécution d'une relation de travail liant les deux parties si ce différend n'est pas résolu dans le cadre des procédures de règlement au sein des organismes employeurs.

## TITRE II DU REGLEMENT DES CONFLITS INDIVIDUELS DE TRAVAIL AU SEIN DES ORGANISMES EMPLOYEURS

**Article 3** : Les procédures internes de règlement de conflits individuels de travail au sein de l'organisme employeur peuvent être fixées dans les conventions et accords collectifs de travail.

**Article 4** : A défaut des procédures prévues à l'article 3 de la présente loi, le travailleur soumet le différend à son supérieur hiérarchique direct qui est tenu de lui répondre dans les huit (8) jours suivant la date de saisie.

En cas de non réponse ou si la réponse ne satisfait pas le travailleur, celui-ci saisit l'instance chargée de la gestion du personnel ou l'employeur selon le cas.

L'organe de direction ou l'employeur est tenu de notifier, par écrit, les motifs du refus partiel ou total de la question au plus tard dans les quinze (15) jours de la date de saisie

**Article 5** : Après épuisement des procédures de règlement interne des conflits individuels de travail au sein de l'organisme employeur, le travailleur peut saisir l'inspecteur du travail conformément aux procédures fixées par la présente loi.

## TITRE III DE LA COMPOSITION DES BUREAUX DE CONCILIATION ET DES TRIBUNAUX SIEGEANT EN MATIERE SOCIALE

### Chapitre 1

#### De la composition

**Article 6** : Le bureau de conciliation est composé de deux (2) membres représentant les travailleurs et de deux (2) membres représentant les employeurs.

La présidence en est assurée alternativement, par période de six (6) mois, par un membre parmi les travailleurs, puis par un membre parmi les employeurs.

La compétence locale du bureau de conciliation est fixée par une voie réglementaire.

**Article 7** : Pour chaque tribunal et chacun des bureaux de conciliation, il est nommé respectivement des assesseurs et des membres suppléants en nombre double de celui des assesseurs et membres titulaires.

**Article 8** : Le tribunal, siégeant en matière sociale, siège sous la présidence d'un magistrat assisté de deux (2) assesseurs travailleurs et de deux (2) assesseurs employeurs. Le tribunal peut valablement siéger en la présence d'au moins un (1) assesseur travailleur et un (1) assesseur employeur.

En cas de défaillance des assesseurs travailleurs ou des assesseurs employeurs ou de l'ensemble des assesseurs, il sera pourvu à leur remplacement par des assesseurs suppléants, le cas échéant, par un ou deux magistrats désignés, selon le cas, par le président du tribunal. Dans le cas où l'un des assesseurs travailleurs ou employeurs est partie dans le conflit ou y a un intérêt personnels, il est pourvu à son remplacement par un des assesseurs suppléants selon le cas, ou le cas échéant, par un magistrat désigné par le président du tribunal. Les assesseurs travailleurs et employeurs ont voix délibératives. En cas de partage de voix, celle du président est prépondérante.

### Chapitre 2

#### De la désignation des assesseurs et des membres des bureaux de conciliation

**Article 9** : Les assesseurs ainsi que les membres des bureaux de conciliation sont nommés, par ordonnance du président de la cour localement compétente, parmi les candidats élus conformément aux articles 10 à 14 de la présente loi et dans l'ordre décroissant des suffrages recueillis.

**Article 10** : Les assesseurs travailleurs et les membres des bureaux de conciliation sont élus pour une période de trois (3) ans, par les représentants des travailleurs des entreprises et établissements situés dans le ressort de compétence territoriale de la juridiction concernée.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par voie réglementaire

**Article 11** : Les assesseurs et les membres employeurs des bureaux de conciliation sont élus pour une durée de trois (3) ans, par des représentants d'employeurs selon les modalités fixées à l'article 10 de la présente loi.

**Article 12** : Sont éligibles aux fonctions d'assesseurs et de membres des bureaux de conciliation, les travailleurs et les employeurs remplissant les conditions ci-après :

- être de nationalité algérienne ;
- être âgés de vingt cinq (25) ans au moins à la date de l'élection ;
- avoir exercé une activité professionnelle de travail salarié ou d'employeur depuis au moins cinq (5) ans ;
- jouir des droits civils et civiques.

**Article 13** : Sont inéligibles aux fonctions d'assesseurs et de membres des bureaux de conciliation :

- les individus condamnés pour crime ou à une peine délictuelle d'emprisonnement et non réhabilités ;
- les faillis non réhabilités ;
- les employeurs condamnés en récidive pour infraction à la législation du travail depuis moins d'un (1) an ;
- les travailleurs condamnés depuis moins de deux (2) ans pour fait d'entrave à la liberté du travail ;
- les anciens assesseurs ou membres déchus de leurs fonctions.



**Article 14 :** Les modalités d'organisation des élections d'assesseurs et de membres des bureaux de conciliation, sont fixées par voie réglementaire.

**Article 15 :** Avant d'assumer leurs missions, les assesseurs prêtent, devant le tribunal, le serment suivant :

« Je jure par Dieu Tout Puissant d'assumer pleinement mes missions et de garder précieusement le secret des délibérations ».

### Chapitre 3

#### Des droits et obligations des assesseurs et des membres des bureaux de conciliation

**Article 16 :** Les assesseurs travailleurs titulaires et suppléants ainsi que les membres travailleurs titulaires et suppléants des bureaux de conciliation bénéficient, de leur employeur, des temps d'absence pour l'exercice de leurs missions. La réglementation détermine les modalités de paiement d'indemnités des assesseurs et des membres des bureaux de conciliation.

**Article 17 :** Les assesseurs titulaires ou suppléants et les membres titulaires ou suppléants des bureaux de conciliation, frappés de l'une des incapacités édictées aux articles 12 et 13 de la présente loi sont déchus, de plein droit, de leurs fonctions par ordonnance du président de la cour localement compétente.

**Article 18 :** L'assesseur ou le membre d'un bureau de conciliation qui, sans motifs légitimes, s'absente à trois (3) audiences ou à trois (3) réunions de conciliation successives ou qui aura manqué gravement aux devoirs de sa charge encourt :

- La réprimande,
- La suspension pour un temps qui ne peut excéder trois (3) mois ;
- La déchéance

La sanction est prononcée par le président de la cour localement compétente, sur proposition du président de la juridiction statuant en matière sociale.

## TITRE IV DE LA COMPÉTENCE

### Chapitre 1

#### De la compétence des bureaux de conciliation

**Article 19 :** Tout différend individuel de travail droit, avant toute action judiciaire, faire l'objet d'une tentative de conciliation devant le bureau de conciliation.

Toutefois, la procédure de conciliation, visée à l'alinéa ci-dessus est facultative lorsque le défendeur réside en dehors du territoire national ainsi que dans les cas de faillite ou de règlement judiciaire de l'employeur.

Sont exclus du champ de compétence des bureaux de conciliation, les différends individuels de travail auxquels sont parties les fonctionnaires et agents régis par les statuts applicables aux institutions et administrations publiques.

### Chapitre 2

#### De la compétence des tribunaux siégeant en matière sociale

##### Section 1

##### De la compétence matérielle

**Article 20 :** Sous réserve des dispositions de l'article 7 du code de procédure civile, les tribunaux siégeant en matière sociale connaissent :

- Des différends individuels de travail nés à l'occasion de l'exécution, de la suspension ou de la rupture d'une relation de travail, d'un contrat de formation ou d'apprentissage ;
- Et de toutes, autres matières qui lui sont expressément attribuées par la loi.

**Article 21 :** Le tribunal siégeant en matière sociale, statue en premier et dernier ressort, sauf du chef de la compétence, lorsque la demande porte au principal sur :

- L'annulation de sanction disciplinaire décidées par l'employeur à l'encontre du demandeur, sans qu'il ait été fait application des procédures disciplinaires légales et /ou conventionnelles obligatoires ;
- La délivrance de certificats de travail, de bulletins de paie ou d'autres documents, légalement prévus, pour attester de l'activité professionnelle du demandeur.

**Article 22 :** L'exécution provisoire est de plein droit pour les décisions judiciaires relatives :

- A l'application ou l'interprétation d'une convention ou d'un accord collectif de travail
- A l'application ou l'interprétation de tout accord conclu au titre de la procédure de conciliation devant le bureau de conciliation ;
- Au paiement des rémunérations et indemnités des six (6) derniers mois.

Au-delà de ces six (6) derniers mois, le tribunal, siégeant en matière sociale, peut prononcer l'exécution provisoire sans caution.

**Article 23 :** Les demandes reconventionnelles sont, en matière de recours jointes à la demande principale sur laquelle elles sont fondées. Celle-ci détermine la compétence en premier ou en dernier ressort du tribunal.

##### Section 2

##### De la compétence territoriale

**Article 24 :** La requête est introduite auprès du tribunal du lieu d'exécution de la relation de travail ou du domicile du défendeur.

Elle peut être valablement introduite auprès du tribunal du domicile du demandeur lorsque la rupture ou la suspension de la relation du travail est intervenue en conséquence d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

**Article 25 :** Outre les dispositions prévues par l'ordonnance n° 71-57 du 5 août 1971 relative à l'assistance judiciaire, le bénéfice de cette assistance est accordé, de plein droit, à tout travailleur et apprenti dont le salaire est inférieur au double du salaire national minimum garanti (SNMG).

## TITRE V DE LA PROCEDURE

### Chapitre I

#### De la saisine du bureau de conciliation

**Article 26 :** Au titre de la tentative de conciliation, prévue à l'article 19 de la présente loi, l'inspection du travail saisie par est requête écrite du demandeur ou par sa comparution.

Dans ce dernier cas, l'inspecteur du travail compétent procède-verbal de la déclaration du demandeur

**Article 27 :** Dans les trois (03) jours qui suivent sa saisine, l'inspecteur du travail saisit le bureau de conciliation et convoque le demandeur et le défendeur à la séance de conciliation.

Un délai de huit (08) jours au moins doit être observé entre la date de la convention et le jour fixé pour la comparution des parties.

**Article 28 :** Si au jour fixé par la convention, le demandeur ne comparait pas ni personne ayant qualité pour lui, et sauf le cas d'un empêchement sérieux et légitime, le bureau de conciliation peut prononcer la radiation de l'affaire.

**Article 29 :** Si au jour fixé par la convention, le défendeur ne comparait pas, ni personne ayant qualité pour lui, il est de nouveau convoqué à une réunion de conciliation qui a lieu au plus tard, dans les huit (08) jours de la convocation.

**Article 30 :** En l'absence du défendeur ou de son représentant habilité à deux (2) réunions consécutives de conciliations, le bureau établit un procès-verbal de non conciliation pour non comparution du défendeur régulièrement convoqué.

Un exemplaire dudit procès-verbal est remis, séance tenante, au demandeur.

**Article 31 :** En cas d'accord des parties sur toute ou partie de la partie du différend, le bureau de conciliation dresse un procès-verbal de conciliation.

En cas de désaccord entre les parties, le bureau établit un procès-verbal de non conciliation.

**Article 32 :** Le procès-verbal de conciliation fait preuve de l'accord intervenu jusqu'à inscription en faux.

L'accord de conciliation ne peut comporter de stipulations contraires aux dispositions des textes en vigueur.

## Chapitre 2

### De l'exécution de l'accord de conciliation

**Article 33 :** L'accord de conciliation est exécuté par les parties selon les conditions et délais qu'elles auront fixés ou, à défaut, au plus tard dans les trente (30) jours de sa date.

**Article 34 :** En cas d'inexécution de l'accord de conciliation par l'une des parties dans les conditions et délais fixés à l'article 33 de la présente loi, le président du tribunal, siégeant en matière sociale, saisi d'une requête à exécution, ordonne à sa première audience, le défendeur régulièrement convoqué l'exécution immédiate du procès-verbal de conciliation, sous astreinte journalière qui ne peut être inférieure à 25 % du salaire mensuel minimum garantie tel que fixé par la législation et la réglementation en vigueur.

Toutefois, l'astreinte prévue ci-dessus ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai de grâce qui ne peut excéder quinze (15) jours.

Cette ordonnance est exécutoire de plein droit nonobstant l'exercice de toutes voies de recours.

**Article 35 :** Lorsque l'exécution porte sur tout ou partie d'un accord collectif de travail auquel sont parties des représentants de travailleurs et un ou plusieurs employeurs, l'astreinte journalière, fixée et exécutée conformément à l'article 34 de la présente loi, est multipliée par autant de fois qu'il y a de travailleurs concernés dans la limite de cent (100) travailleurs.

## Chapitre 3

### Saisine du tribunal en cas de non conciliation et exécution du jugement

**Article 36 :** En cas de non conciliation, la partie ayant intérêt saisit le tribunal siégeant en matière sociale.

**Article 37 :** La requête adressée au tribunal est accompagnée de la copie du procès-verbal de non conciliation délivré par le bureau de conciliation, ainsi que prévu aux articles 26 à 32 de la présente loi.

**Article 38 :** La première audience du tribunal est fixée au plus tard dans les quinze (15) jours qui suivent la date d'introduction de la requête introductive d'instance.

Sauf le cas du jugement d'avant dire-droit, le tribunal est tenu de statuer dans les plus brefs délais.

**Article 39 :** En cas de jugement ayant acquis forces exécutoires, le juge fixe l'astreinte journalière prévue aux articles 34 et 35 de la présente loi.

## TITRE VI

### DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

**Article 40 :** Sont abrogés toutes dispositions contraires à celle de la présente loi, notamment l'ordonnance n°75-32 du 29 avril 1975 relative à la justice du travail.

Toutefois, demeurent applicables, à titre transitoire, les dispositions de ladite ordonnance relatives à la compétence de l'inspection du travail en matière de conciliation ainsi que celles relatives à la composition du tribunal siégeant en matière sociale.

Cette période transitoire ne saurait excéder la date limite du 31 décembre 1991, en attendant la mise en place des bureaux de conciliation ainsi que la nouvelle composition des tribunaux siégeant en matière sociale.

**Article 41 :** Sauf les cas où la présente loi en dispose autrement, sont applicables, les dispositions de l'ordonnance n°66-154 du 8 juin 1966 portant code de procédure civile.

**Article 42 :** La présente loi est publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 février 1990

Chadli BENDJEDID

**CIRCULAIRE DU 02 NOVEMBRE 2001 RELATIVE A LA GESTION DES  
CONFLITS INDIVIDUELS DE TRAVAIL ET A L'EXECUTION DES DECISIONS DE JUSTICE.**

**Destinataires :**

M. M. – Les directeurs de Santé des wilayas (tous) : pour exécution, suivi et diffusion à l'ensemble des établissements de santé sous tutelle,  
Les Directeurs Généraux des CHU (tous) : pour exécution,  
Les directeurs Généraux des établissements suivants : pour exécution,  
Agence Nationale du Sang,  
Laboratoire National de contrôle des produits pharmaceutiques,  
Institut National de Santé Publique,  
Ecole Nationale de Santé publique,  
Centre National de Toxicologie,  
Centre National de Pharmacovigilance et de Matério-Vigilance,  
Institut National Pédagogique de Formation Pédagogique.

L'exploitation des rapports trimestriels relatifs aux affaires contentieuses des établissements publics de santé a mis en évidence une évolution rapide du nombre de contentieux.

Ces informations ont permis de constater qu'un nombre de décisions individuelles prises en matière disciplinaire ont été annulées par les juridictions administratives pour non respect des dispositions réglementaires y afférentes.

L'attention du Ministère de la Santé et de la Population a été également attirée par la réticence de certains gestionnaires à exécuter des décisions de justice rendues par les juridictions administratives en faveur des requérants notamment dans les cas de réintégration au poste de travail.

Indépendamment des mesures que les gestionnaires ne manqueront pas d'adopter pour prévenir, à la source, des conflits, il y'a lieu de veiller scrupuleusement à l'application saine de la législation et de la réglementation.

Dans ce cadre, il paraît opportun de rappeler les dispositions législatives et réglementaires principales régissant les deux domaines cités.

**1°/ procédures disciplinaires :**

Les procédures disciplinaires sont fixées par les dispositions du titre 7 du décret n°85-59 du 23 Mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et des administrations publiques.

Dans ce cadre, il est précisé que :

- Le pouvoir disciplinaire est exercé par l'autorité investie du pouvoir de nomination en application de l'article 123 du décret suscité ;
- Les sanctions disciplinaires susceptibles d'être infligées aux fonctionnaires sont classées en trois degrés ; 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés ;
  - Les sanctions du premier degré sont prononcées sans consultation préalable de la commission du personnel, par décision motivée de l'autorité investie du pouvoir de nomination ;
  - Les sanctions du deuxième degré sont prononcées par décision motivée de l'autorité investie du pouvoir de nomination ; le fonctionnaire concerné par une sanction du 2<sup>ème</sup> degré peut saisir la commission du personnel pour avis, dans le mois qui suit le prononcé de la décision ;
  - Les sanctions du troisième degré sont prononcées par l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis conforme de la commission du personnel et ce, en application des dispositions de l'article 127 du décret précité ;
  - Le fonctionnaire faisant l'objet d'une procédure disciplinaire a le droit, aussitôt que l'action engagée, à la communication de son dossier disciplinaire. Il peut présenter toute explication écrite ou verbale ou citer des témoins, il peut également se faire assister de tout défenseur de son choix y compris un avocat.

Quand la faute commise est susceptible d'entraîner un licenciement, l'auteur de la faute est immédiatement suspendu par l'autorité investie du pouvoir de nomination. La suspension est une mesure conservatoire qui ne constitue pas une sanction disciplinaire. Une décision est prise obligatoirement durant les deux mois à compter du jour où la décision de suspension est intervenue.

Dans le cas où la commission se prononce contre le licenciement ou si elle ne s'est pas réunie dans les délais ou que la décision n'a pas été notifiée à l'intéressé dans les mêmes délais, il est rétabli dans ses droits et reçoit l'intégralité de sa rémunération et ce, conformément aux dispositions de l'article 130 du décret n°85-59 du 23 Mars 1985.

Les sanctions du 3ème degré peuvent être portées devant la commission de recours conformément aux dispositions de l'article 128 du décret précité ;

Cette commission de recours peut être saisie dans un délai de 15 jours, soit par l'administration, soit par les intéressés eux mêmes après notification de la décision et ce, exclusivement dans le cas des décisions disciplinaires suivantes :

rétrogradation,  
mise à la retraite d'office,  
révocation sans suppression des droits à la pension,  
révocation avec suppression des droits à la pension,

Cette commission doit se prononcer par écrit dans un délai maximal de 03 mois, à compter de la date de la saisine, pour annuler, maintenir ou modifier les avis litigieux émis par les commissions.

Ce recours introduit dans les délais, ci-dessus, a un effet suspensif sur la sanction prononcée et ce, conformément à l'article 25 du décret n°84-10 du 14 Janvier 1984 fixant la compétence, la composition, l'organisation et le fonctionnement des commissions paritaires.

En ce qui concerne les fonctionnaires faisant l'objet de poursuites pénales ne permettant pas leur maintien en fonction, ils sont immédiatement suspendus. Leur situation n'est définitivement réglée qu'après le prononcé de la décision définitive de justice et ce, en application de l'article 131 alinéa 3 du décret suscité.

S'agissant du cas particulier des agents ayant été révoqués pour abandon de poste qui sollicitent leur réintégration, leur cas peut être soumis à l'avis de la commission de discipline, s'ils justifient leur situation par un cas de force majeure.

Dans cette hypothèse, il revient à l'administration et à la commission de discipline d'apprécier la réalité des motifs invoqués à l'appui de leurs demandes en vue, soit de confirmer la décision de révocation prise, soit de la rapporter conformément à la circulaire n° 1024 du 21 Décembre 1993 relative aux modalités de mise en demeure des fonctionnaires en abandon de poste.

## **2°/ L'exécution des décisions de justice :**

Dans le cadre de l'exécution des décisions de justice rendues par les juridictions administratives, il y'a lieu de rappeler les dispositions législatives suivantes :

L'article 320 du code de procédure civile prévoit que tout jugement, arrêt ou acte n'est exécutoire que s'il est revêtu de la formule exécutoire prévue à cet effet.

Certaines décisions de justice ne sont pas appliquées au motif qu'une procédure d'appel est en cours. Cet argument n'est pas légal au vu des dispositions de l'article 171 alinéa 3 qui précisent que < l'appel et le délai d'appel ou le cas échéant d'opposition, ne sont pas suspensifs d'exécution des arrêts rendus en chambre administrative>.

L'exécution de la décision de justice doit intervenir dans les vingt jours qui suivent la date de notification de la décision par l'agent du greffe ou l'huissier de justice et ce, conformément aux dispositions de l'article 330 du code de procédure civile. Dépassé ce délai, la partie bénéficiaire de la décision peut user de toutes les voies de droit pour faire exécuter la décision en faisant notamment condamner le gestionnaire réfractaire à une astreinte pour chaque jour de retard.

Enfin, à titre exceptionnel, il peut être demandé un sursis à l'exécution d'une décision de justice rendue en matière administrative dans les conditions prévues par l'article 283 alinéa 2 du code de procédure civile. La demande de sursis à exécution de la décision de justice ne doit être formulée que lorsque l'exécution de la décision en question est susceptible de porter préjudice à l'établissement, du fait des difficultés qui pourraient résulter pour rétablir la situation prévalent avant l'exécution en cas d'annulation de ladite décision par le conseil d'état. Pour décider de l'opportunité d'introduire une demande de sursis à exécution, il appartient au gestionnaire de solliciter l'avis de l'avocat de l'établissement.

Le principe de l'exécution des décisions de justice rendues en matière administrative étant consacré par la loi, il est demandé à l'ensemble des gestionnaires de respecter les dispositions ci-dessus rappelées.

J'attache une importance particulière à la stricte application de la législation et la réglementation régissant ces domaines, en général et des dispositions rappelées dans cette circulaire, en particulier.

Toute difficulté rencontrée dans l'application de la présente circulaire doit être portée à la connaissance de l'administration centrale du ministère de la santé et de la population à l'occasion des rapports trimestriels.

**Ministère du travail et  
des affaires sociales**

**Le Ministre  
N° 239**

**11 août 1993**

Note à Monsieur les Responsables  
des Organisme et Etablissements  
Sous Tutelle

**OBJET: Rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives aux modalités d'exercice du droit syndical.**

**REFER :** Loi n° 90-14 du 02 juin 1990 relative aux modalités d'exercice du droit syndical, modifiée et complétée par la loi n° 91- 30 du 21 décembre 1991.

- circulaire ministérielle n° 149 du 19 novembre 1990 relative à la représentativité des organisations syndicales des travailleurs salariés  
- circulaire n° 07 du 03 juin 1991 concernant l'application de la loi n° 90-14 du 02 juin 1990 relative aux modalités d'exercice du droit syndical au sein des organismes employeurs.

Mon attention a été attirée sur les difficultés rencontrées dans la mise œuvre des dispositions législatives et réglementaires relatives aux modalités d'exercice du droit syndical.

**En vue de faciliter l'application de ces dispositions et de clarifier leur compréhension, la présente note a pour d'observer en ce domaine.**

**1- Structures des organisations syndicales de travailleurs salariés représentatives au sein d'un même organisme employeur**

Aux termes de l'article 40 de la loi n° 90-14 du 02 juin 1990 modifiée et complétée, « dans toute entreprise publique et dans tout établissement public, institution ou administration publique, toute organisation syndicale » représentative au sens des articles 34 et 35 de la loi ci-dessus visée peut créer une structure syndicale conformément à ses statuts pour assurer la représentation des intérêts matériels et moraux de ses membres.

La représentativité est déterminée par les articles 34-35 tels que rappelés ci-dessus

Conformément à ces dispositions, la représentativité est subordonnée à deux critères légaux

L'organisation syndicale doit être légalement constituée depuis au moins 6 mois,

Elle doit regrouper au moins 20 % de l'effectif des travailleurs salariés couverts par les statuts desdites organisations syndicales

L'effectif total de travailleurs salariés auquel se réfère l'article 35 de ladite loi, doit être considéré par rapport à l'effectif total de travailleurs de l'organisme employeur, tout lieux de travail distincts confondus.

La structure syndicale visée à l'article 40 de la loi précitée désigne, en son sein, le ou les délégués syndicaux chargés de la représenter auprès de l'employeur dans les limites et proportions suivantes (CF. ART. 41)

20 à 50 Travailleurs salariés 01 Délégué

51 à 150 Travailleurs salariés 02 Délégué

151 à 400 Travailleurs salariés 03 Délégué

.....

Tout délégué syndical doit être âgé de vingt et un ans et révolus au jour de son élection, jouir de ses droits civils et civiques et avoir exercé au moins une année dans l'entreprise ou dans l'établissement public, l'institution ou l'administration publique concerné (art. 44 de la loi n°90-14)

**2-Prérogative des organisations syndicales de travailleurs salariés représentatives**

Conformément à l'article 38 de la loi n° 90-14 du 02 juin 1990, Les organisations syndicales de travailleurs salariés représentatives au sein de chaque organisme employeur sont seules habilitées à disposer des prérogatives principales suivantes :

Participer aux négociations des conventions ou accords collectifs ;

Participer à la prévention, ou également des conflits de travail et à l'exercice du droit de grève ;

Réunir les membres de l'organisation syndicale représentative sur les lieux de travail ou dans les locaux y attenants en dehors des heures de travail et exceptionnellement, si l'accord de l'employeur est obtenu, pendant les heures de travail

Informar les collectifs des travailleurs par les publications syndicales ou par voie d'affichage en des lieux appropriés réservés à cet effet par l'employeur ;

Collecter sur les lieux de travail, les cotisations syndicales auprès de leurs membres selon des procédures convenues avec l'employeur ; Promouvoir des actions de formation syndicale en direction de leurs membres.

L'employeur doit engager avec les organisations syndicales représentatives dans l'organisme employeur des négociations concernant :

Les conditions dans lesquelles leurs membres peuvent obtenir dans la limite d'un quota déterminé par rapport aux effectifs de l'organisme employeur un détachement en vue, d'exercer pendant une durée déterminée, des fonctions de permanent ou service de l'organisation syndicale à laquelle ils appartiennent avec garantie de réintégration à leur poste de travail ou à un poste de rémunération équivalente à l'expiration de cette période. (Art 47 .bis de la loi 91- 30 du 21 Décembre 1991)

**3-Facilité accordée aux délégués syndicaux**

Les délégués syndicaux bénéficient de certaines facilités prévues par la loi :

- Crédit horaire mensuel de dix heures payées pour chaque délégué syndical comme temps de travail pour l'exercice de son mandat

- Rémunération du temps consacré aux réunions convoquées à l'initiative de l'employeur au acceptées par lui ;

- Rémunération des absences autorisées par l'employeur pour participation aux conférences congrès syndicaux et séminaires de formation syndicales.

- moyens nécessaires pour la tenue de leurs réunions et tableaux d'affichage situés en des lieux appropriés.

De plus, lorsqu'une organisation syndicale de travailleurs salariés représentative dispose au sein d'un même organisme employeur de plus de cent cinquante (150) membres, un local approprié doit être mis à sa disposition par l'employeur (cf.art.48 de la loi n° 90-14 modifié).

**Protections accordées aux délégués syndicaux :**

La loi précitée consacre dans son titre IV, chapitre 3 un ensemble de dispositions relatives aux protections des délégués syndicaux dont notamment :

L'employeur n'a pas le droit d'infliger la sanction de révocation, mutation ou tout autre sanction disciplinaire en raison de ses activités syndicales a tout délégué syndical ou à tout membre d'un organe exécutif de direction au sein d'une structure syndicale.

Les fautes de caractère strictement syndicales (art.53 et 53 bis de la loi)

En cas de faute professionnelle commise par un délégué syndical une procédure disciplinaire peut être engagée à son encontre par son employeur l'organisation syndicale concernée préalablement informée

Tout licenciement d'un délégué syndical intervenu en violation des dispositions de la loi n° 90 - 14 susvisée n'est nul et de nul effet.

L'intéressé est réintégré dans son poste de travail et rétabli dans ses droits sur demande de l'inspecteur du travail des que l'infraction est confirmée par ce dernier

Les dispositions des articles 54 à56 restent applicables aux délégués syndicaux durant l'année qui suit l'expiration de leur mandat (art.57 de la loi 90- 14)

J'attache la plus grande importance au respect et à la stricte application des dispositions rappelées dans la présente note.

Le Ministre du Travail et des Affaires Sociales

**Tahar HAMD**

**LE MINISTRE**

Monsieur le Directeur Général de la Fonction Publique  
Messieurs les Walis  
Monsieur l'Inspecteur Général du Travail  
Messieurs les responsables des organisations syndicales de travailleurs  
Messieurs les responsables des organisations syndicales d'employeurs.  
Messieurs les administrateurs et directeurs généraux des fonds de participation.  
Messieurs les administrateurs, directeurs généraux et gérants des entreprises et sociétés de capitaux.

**Circulaire concernant de la loi n°90-14 du 2 juin 1990 relative aux modalités d'exercice du droit syndical au sein des organismes employeurs**

De nombreux employeurs et organisations syndicales de travailleurs salariés continuent de saisir l'administration du ministère des affaires sociales de requêtes en vue de l'explication de certaines dispositions de la loi n° 90-14 du 12 juin 1990 relative aux modalités d'exercice du droit syndical, en ce qui concerne notamment ;

- Les structures des organisations syndicales de travailleurs salariés au sein d'un même organisme employeur ;
- Les conséquences de l'adhésion d'un même travailleur à plusieurs organisations syndicales au sein d'un même organisme employeur ;
- La représentative des organisations syndicales des travailleurs salariés au sein des organismes employeurs.

La présente circulaire additionnelle à la circulaire ministérielle n° 149 du 19 novembre 1990 relative à la représentative des organisations syndicales de travailleurs salariés, vise à clarifier la compréhension des dispositions de la loi n° 90-14 du 2 juin 1990 précitée, en ce qu'elles ont soulevé comme préoccupation, sauf bien entendu, le cas d'une jurisprudence contraire de cours et tribunaux.

**1- Structure des organisations syndicales de travailleurs salariés au sein d'un même organisme employeur**

1-1- La lecture combinée des articles 40 et 41 de la loi n° 90-14 indique que «indépendamment des statuts de l'organisation syndicale des travailleurs salariés » et « dans toute entreprise publique ou privée et dans tout établissement public, institution ou administration publique, toute organisation syndicale représentative au sens des articles 34 et 35 » de la loi ci-dessus visée « peut créer une structure syndicale » « lorsqu'elle réunit au moins trente (30) adhérents ». Cette structure est désignée conformément aux statuts de l'organisation syndicale concernée et est représentée au sens de la loi « par un ou plusieurs délégués syndicaux » désignés par la structure syndicale dans les proportions précisées à l'article 41.

1-2- De ce fait la lecture combinée des articles 40 et 41 de la loi n° 90-14 et des autres dispositions législatives de cette même loi, conduit aux remarques et constatations suivantes :

1-2-1- Les travailleurs salariés d'un organisme employeur ont le droit, à l'effet de défendre leurs intérêts matériels et moraux, de fonder des organisations syndicales ou d'adhérer, de façon libre et volontaire à des organisations syndicales existantes à la seule et condition de se conformer à la législation en vigueur et aux statuts des organisations syndicales concernées.

1-2-2- Le mode d'organisation et le mode électoral de désignation et de renouvellement des organes des organisations syndicales des travailleurs salariés relèvent de seules prérogatives de ces dernières et sont consacrés dans leurs statuts (cf. articles 21 de la loi n° 90-14). De ce fait, toute organisation syndicale de travailleurs salariés sans exception – même lorsqu'elle n'est pas représentative – a le droit de s'organiser comme elle l'entend au sein des organismes employeurs concernés – y compris sur les lieux distincts de travail de celui-ci – lorsqu'elle se conforme à la législation en vigueur et à ses statuts ( cf articles 6 à 33 de la loi n° 90-14 ).

1-2-3- Au sein d'un même organisme employeur, seules les organisations syndicales de travailleurs salariés représentatives bénéficient de facilités et de protections particulières

( cf. titres II et IV de la loi n° 90-14 ). C'est ainsi que :

a- conformément à l'article 38 de ladite loi, les organisations syndicales de travailleurs salariés représentatives sont seules à disposer des prérogatives principales suivantes :

- participer aux négociations des conventions ou accords collectifs.
- Participer à la prévention et au règlement des conflits de travail.
- Réunir les membres de l'organisation syndicale représentative sur les lieux de travail ou dans les locaux y attenants en dehors des heures de travail et exceptionnellement, si l'accord de l'employeur est obtenu, pendant les heures de travail.
- Informer les collectifs de travailleurs concernés par les publications syndicales ou par voie d'affichage en des lieux appropriés réservés à cet effet par l'employeur.
- Collecter sur les lieux de travail, les cotisations syndicales auprès de leurs membres selon des procédures convenues avec l'employeur.
- Promouvoir des actions de formation syndicale en direction de leurs membres en bénéficiant des facilités prévues à cet effet par la loi (cf article 47).

- Seule l'organisation syndicale de travailleurs salariés représentative est représentée par un ou plusieurs délégués syndicaux – sorte de bureau syndical de l'organisation syndicale représentative -habilité (s) à représenter l'organisation syndicale représentative auprès de l'employeur et à exercer les prérogatives principales rappelées au paragraphe « a » précédent.

Ces délégués syndicaux dont le nombre est défini par la loi en fonction des effectifs des travailleurs salariés de l'organisme employeur concerné sont désignés par l'organisation syndicale selon les statuts de cette dernière (cf article 41 de la loi n° 90-14).

Ces délégués syndicaux, qui doivent répondre à des exigences particulières fixées par la loi (cf. article 44) et dont la liste doit être notifiée à l'employeur et à l'inspecteur du travail territorialement compétent (cf. article 45) sont seuls à disposer de certaines facilités prévues par la loi :

- crédit horaire mensuel de dix (10) heures payées pour chaque délégué syndical comme temps de travail pour l'exercice de mandats.
  - Rémunération des absences autorisées par l'employeur pour participation aux conférences, congrès syndicaux et séminaires de formation syndicale.
- c- Seules les organisations syndicales de travailleurs salariés représentatives au sein de l'organisme employeur et réunissant plus de trente (30) adhérents, ont droit aux moyens nécessaires pour la tenue de leurs réunions et des tableaux d'affichage situés en des lieux appropriés. De plus, lorsqu'une organisation syndicale de travailleurs salariés représentative dispose au sein d'un même organisme employeur de plus de cent cinquante (150) membres, un local approprié doit être mis à sa disposition par l'employeur (cf article 48 de la loi n° 90-14).

d- Nonobstant les autres dispositions de la loi n° 90-14 relatives à la protection du libre exercice du droit syndical (cf article 59). Seuls les délégués syndicaux des organisations syndicales représentatives au sein de l'organisme employeur bénéficient des protections particulières énoncées aux articles 53 à 57 de ladite loi.



## **2- Adhésion d'un même travailleur à plusieurs organisations syndicales au sein d'un même organisme employeur :**

l'adhésion à une organisation syndicale exprime la volonté de l'adhérent d'une part à se conformer à ses statuts et d'autre part, à agir dans le sens de la mise en œuvre de ses programmes d'action et à contribuer par ses cotisations au financement de ses activités.

Un tel engagement est antinomique de l'adhésion d'un travailleur au sein d'un même organisme employeur à plusieurs organisations syndicales, situation qui aurait pour conséquences de vider de son sens tant le caractère spécifique de chaque organisation syndicale et le principe de son indépendance, que la signification et la portée de l'acte d'adhésion. De plus, la pluralité d'adhésion rendrait inapplicable les dispositions relatives à la représentativité syndicale.

De ce fait, les travailleurs salariés qui se trouveraient dans une situation de pluralité d'adhésions doivent être appelés à opter pour l'une ou l'autre des organisations syndicales qui les déclarent parmi leurs adhérents.

En l'absence d'option par les travailleurs concernés, l'employeur serait en droit de considérer que les adhésions multiples s'annulent mutuellement et ne peuvent être retenues pour le décompte des adhérents de chacune des organisations syndicales concernées en vue de la détermination de leur représentativité.

Il est bien entendu qu'une telle action ne doit être mise en œuvre par l'employeur qu'après information des travailleurs et des organisations syndicales de travailleurs salariés concernés.

## **3- Représentativité des organisations syndicales de travailleurs salariés au sein d'un même organisme employeur :**

Ainsi que souligné dans la circulaire ministérielle n°149 du 19 novembre 1990, la représentativité des organisations syndicales de travailleurs salariés au sein d'un même organisme employeur doit être considérée sur la base des critères légaux tels que fixés par les articles 34 et 36 de la loi n° 90-14 du 2 juin 1990.

A ce titre , une organisation syndicale ne peut prétendre à la représentativité des travailleurs que si elle a été légalement constituée depuis au moins 6 mois et si elle regroupe au moins 20 % de l'effectif total des travailleurs salariés de l'organisme employeur et / ou si elle compte parmi ses adhérents au moins 20% des membres du comité de participation prévu par l'article 91 de la loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail.

Quant à l'effectif total de travailleurs salariés auquel se réfère l'article 35 de ladite loi, il doit être considéré par rapport à l'effectif total de travailleurs de l'organisme employeur, tous lieux de travail distincts confondus.

### *Copie pour information*

- Mr le chef du Gouvernement
- MM les membres du Gouvernement
- Mr le Secrétaire Général du Gouvernement
- Mr le Délégué à la Réforme Economique.



Alger, le 05 Octobre 2004

N° 081 SPIG

*Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement  
Madame et Messieurs les Walis*

**Objet :** Circulaire interministérielle du 05 octobre 2004 relative aux retenues sur rémunérations des journées de grève.

Ref.: une (01).

En application des dispositions de l'article 32 de la loi n° 902 du 06 février 1990 relative à la prévention et au règlement des conflits collectifs du travail et à l'exercice du droit de grève, ainsi que des dispositions de l'article 16 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques, j'ai l'honneur de vous adresser ci-joint, pour diffusion et mise en œuvre, copie de la circulaire interministérielle relative aux modalités de retenue sur les rémunérations des journées de grève dans le secteur des institutions et administrations publiques.

Cette circulaire abroge la circulaire du 25 novembre 1998 et organise, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, la non grève constitutionnellement reconnue avec les droits des employeurs conformément aux règles universelles.

A cet effet, je vous instruis d'en assurer une très large diffusion auprès des structures et organismes relevant de votre responsabilité et de veiller à la stricte application de ces dispositions à travers le recours immédiat aux retenues correspondantes au nombre de journées de grève.

Monsieur le Ministre des Finances est chargé d'instruire les contrôleurs financiers pour veiller au strict respect de la circulaire interministérielle citée en objet.

J'accorde la plus haute attention à la mise en œuvre rigoureuse de ces nouvelles dispositions.

*Le Chef du Gouvernement*  
**A. OUYAHIA**

**Ministère du travail et de  
la sécurité sociale**

**services du Chef du Gouvernement  
direction générale de la fonction publique**

05 Octobre 2004  
0007

**MESDAMES ET MESSIEURS LES MEMBRES DU GOUVERNEMENT**

**MADAME ET MESSIEURS LES WALIS**

**CIRCULAIRE INTERMINISTELLE RELATIVE AUX MODALITES DE RETENUE SUR LES REMUNERATIONS DES JOURNEES DE  
GREVE DANS LE SECTEUR DES INSTITUTIONS ET ADMINISTRATIONS PUBLIQUES**

La loi N° 90-02 du 06 février 1990 relative à la prévention et au règlement des conflits collectifs de travail et à l'exercice du droit de grève, stipule en son article 32, que la grève déclenchée conformément aux règles et procédures légales ne rompt pas la relation de travail. Elle en suspend seulement les effets pour la durée de l'arrêt collectif, sauf dans ce que les parties au différend sont convenues par convention ou accord signés par les parties.

Outre le cadre légal ci-dessus rappelé, l'article 16 du décret 85-59 du 23 Mars 85 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques, se fondant sur le principe général de gestion des finances publiques, fixe comme préalable au versement de la rémunération, la constatation du service fait.

Il en résulte que les journées de grève ne sont pas rémunérées.

Compte tenu des dispositions ci-dessus rappelées, la retenue sur la rémunération des journées de grève doit obéir aux dispositions de la loi n° 90-02 et celles du décret n° 85-59 visés ci-dessus. Les dispositions de la circulaire du 25 Novembre 1998, relative aux modalités de retenue sur les rémunérations des journées de grève sont abrogées.

**Le Ministre du Travail  
et de la Sécurité Sociale**

**Tayeb LOUH**

**Le Directeur Général  
de la Fonction Publique**

**Djamel KARCHI**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Secrétaire Général  
N° 157 MSPRH/SG

الأمين العلم

10 Février 2010

Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population  
(Pour exécution et communication pour exécution aux établissements sous tutelle)  
Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU  
Monsieur le Directeur Général de L'EHU

Objet : **Dialogue social et prévention des conflits**

La communication en Interne avec l'ensemble des acteurs est un déterminant majeur d'une bonne gouvernance ; *a fortiori* dans le secteur de la santé où l'importance du personnel, la diversité des corps et la complexité des tâches et des missions rendent indispensable une synergie des compétences qui ne peut être atteinte que si le gestionnaire développe une grande capacité d'écoute sur la base d'un dialogue social permanent et met en place des mécanismes de concertation qui entraînent l'adhésion autour des projets de l'établissement et préviennent les conflits socioprofessionnels.

Cependant, le traitement des doléances des partenaires sociaux et l'analyse des comptes rendus de presse font ressortir de manière récurrente de graves insuffisances en matière de communication en interne. Bien plus, il est loisible de constater que l'absence de synergie, d'une part, et la persistance de situations conflictuelles, d'autre part, pénalisent la qualité de la prise en charge des usagers de la santé et donnent au secteur de la santé une image qui n'est pas à la hauteur des compétences qu'ils recèlent et des importantes ressources matérielles mises à sa disposition par les pouvoirs publics.

Dans ce cadre, l'ensemble des gestionnaires sont instruits à l'effet :

- **d'élaborer un calendrier de rencontres périodiques avec l'ensemble des partenaires sociaux de l'établissement, sans exclusive.** Pour les directeurs de la santé et de la population ce calendrier doit concerner aussi les partenaires sociaux représentant le secteur libéral. Ce dialogue a vocation à traiter des questions socioprofessionnelles en rapport avec les attributions de l'établissement il devra conduire aussi à la mise en place d'une « alarme sociale » dont le déclenchement permet de traiter les problèmes dans un cadre concerté avant qu'ils n'aboutissent à une situation conflictuelle.

الأمين العلم  
الدكتور عبد السلام شاكو

# **Activités Complémentaires et Service Civil**

Le Président de la République ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 54 – 119, 120,122/17 et 126 ;  
Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale ;  
Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;  
Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée relative au service civil ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Après adoption par le parlement,  
Promulgue la loi dont la teneur suit :

**Article 1<sup>er</sup>** : La présente loi a pour objet de modifier et de compléter les dispositions de la loi n° 85 – 05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de santé.

**Article 2** : Les dispositions du titre V de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par un chapitre VIII nouveau intitulé "inspection de la pharmacie" comportant les articles suivants :

## **CHAPITRE VIII INSPECTION DE LA PHARMACIE**

"Art. 194-1 : L'inspection de la pharmacie est exercée, sous l'autorité du ministre chargé de la santé, par des pharmaciens inspecteurs».

"Art. 194-2 : Les pharmaciens inspecteurs exercent leurs missions à travers le territoire national. Ils sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues par la législation en vigueur.

Les inspecteurs prêtent, avant leur entrée en fonction, le serment suivant devant la juridiction compétente :

\* أقسم بالله العظیم أن اودی عملي بكل أمانة و إخلاص و أن أراعي في كل الأحوال الواجبات التي يفرضها علي القانون و أحافظ على أسرار مهنتي

"Art. 194-3 : Outre les fonctionnaires et agents de police judiciaire prévus par la législation en vigueur, les pharmaciens inspecteurs sont habilités à rechercher et à contacter les infractions aux lois et règlements qui régissent l'exercice de la pharmacie, conformément aux dispositions de la présente loi et à la législation en vigueur".

"Art. 194-4 : Les pharmaciens inspecteurs doivent décliner leur fonction en présentant leur carte professionnelle à chaque contrôle ou inspection».

"Art. 194-5 : les pharmaciens inspecteurs contrôlent en quelques mains qu'ils soient, même l'absence du ou des pharmaciens concernés, les officines, leurs annexes, les dépôts des produits pharmaceutiques, les établissements de production et/ou de commercialisation des produits pharmaceutiques, les lieux d'importation, d'expédition et de stockage ainsi que les laboratoires d'analyses médicales, l'application de toutes les prescriptions prévues par les lois et règlements qui se rapportent à l'exercice de la pharmacie.

Ils constituent, pour chaque établissement industriel ou commercial, un dossier d'inspection dont le contenu est fixé par voie réglementaire.

Les pharmaciens inspecteurs ont libre accès aux établissements et lieux prévus à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus, à l'exception des domiciles".

"Art. 194-6 : Les pharmaciens inspecteurs peuvent, dans l'exercice de leur fonction, opérer d'office des prélèvements d'échantillon et s'il y a lieu, prendre toute mesure conservatoire qu'ils jugent utile.

Les pharmaciens inspecteur peuvent procéder à la saisie des documents de toute nature propre à faciliter l'accomplissement de leur mission. Les documents saisis sont joints au procès-verbal. Ils peuvent être restitués à l'issue de l'enquête".

"Art. 194-7 : Les pharmaciens inspecteurs sont tenus de se faire suppléer par leurs collègues pour le contrôle des établissements tenus ou dirigés par des personne dont ils seraient parents ou alliés au quatrième degré.

Il leur est interdit, dans un délai de cinq (5) ans, suivant la cessation de leur fonction, d'avoir des intérêts directes ou indirectes dans les établissements qui ont été soumis à leur contrôle".

"Art. 194-8 : Dans l'exercice de leur fonction, les pharmaciens inspecteurs peuvent demander l'assistance de la police judiciaire et, en cas de nécessité, faire appel au procureur de la république territorialement compétent».

"Art. 194-9 : Les infractions aux disposition législatives et réglementaire régissant l'exercice de la pharmacie sont constatées au moyen de procès-verbaux établis par les pharmaciens inspecteurs».

Les procès-verbaux sont rédigés séance tenante et signés par le contrevenant ; copie lui est remise contre accusé de réception.

Lorsque le procès-verbal a été rédigé en l'absence de l'intéressé ou que, présent, il refuse de signer, mention en est faite sur le procès-verbal et une copie lui est transmise avec accusé de réception".

"Art. 194-10 : Les procès-verbaux établis par les pharmaciens inspecteurs, énoncent, sans rature, surcharge, ni renvois :

- les dates et lieux des enquêtes effectuées et les constatations matérielles relevées ;
- l'identité des pharmaciens inspecteurs ;
- l'infraction, qualifiée en référence aux dispositions législatives et réglementaires applicables en la matière ;
- les mesures conservatoires prises ;

"Art. 194-11 : les procès –verbaux dressés par les pharmaciens inspecteurs font foi jusqu'à preuve du contraire des constatations matérielles qu'ils relatent «.

"Art. 194-12 : les procès–verbaux dressés en application des dispositions de la présente loi, par les pharmaciens inspecteurs, sont transmis, dès leur rédaction, au directeur chargé de la santé au niveau de la wilaya concernée.

Dans tous les cas où est relevé un fait susceptible d'impliquer des poursuites pénales, le directeur chargé de la santé de la wilaya transmet obligatoirement le dossier au procureur de la république territorialement compétent.

Une copie de cette transmission, accompagnée du procès-verbal, est adressée à l'autorité hiérarchique.

L'organe de déontologie concerné en est informé".

"Art. 194-13 : les dispositions statutaires applicables aux pharmaciens inspecteurs sont fixées par voie réglementaire " .

**Article 3** : L'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, est modifié et complété comme suit :

"Art. 201 : Les médecins, les chirurgiens dentistes et les pharmaciens généralistes ou spécialistes et les spécialistes hospitalo-universitaires exercent leurs fonctions sous l'un des régimes suivants :  
en qualité de fonctionnaire à plein-temps ;  
à titre privé ".

**Article 4** : Les dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par les articles 201-1 , 201-2 , 201-3 , 201-4 , rédigés comme suit :

"Art. 201- 1: Les corps des spécialistes hospitalo-universitaires exerçant dans le secteur public en qualité de :

- professeur ;
- docent ;
- maître-assistant justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité ou titulaire d'un diplôme de doctorat d'Etat en sciences médicales "D.E.S.M" ;

et des spécialistes de santé publique justifiant de cinq (5) années d'exercice effectif en cette qualité, sont autorisés à exercer une activité complémentaire, selon les conditions fixées ci-dessous".

"Art.201-2 : L'activité complémentaire est exercée en dehors des établissements de santé publique. Elle est autorisée au niveau des :  
établissements sanitaires privés ;  
laboratoires privés ;  
du secteur para-public".

"Art. 201- 3: Sans préjudice du fonctionnement normal des services médicaux des établissements sanitaires publics, le bénéficiaire est autorisé à exercer l'activité complémentaire dans la limite d'une journée par semaine, additionnellement aux journées de congé légal".

"Art. 201- 4: L'application des dispositions du présent article, notamment les modalités de délivrance et de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire, ainsi que le contrôle de cette dernière, est fixée par voie réglementaire".

**Article 5** : Les dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par les articles 201-5 et 201-6 rédigés comme suit :

"Art. 201- 5: La liste des catégories de médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens généralistes ou spécialistes et des spécialistes hospitalo-universitaires assujettis au service civil est fixée annuellement par voie réglementaire, les modalités d'accomplissement du service civil".

"Art. 201- 6: La durée du service civil varie entre deux (02) et quatre (04) années suivant les régions

**Article 6** : Les dispositions de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, sont complétées par un article 265 bis rédigé comme suit :

"Art 265 bis : quiconque entrave ou empêche l'accomplissement des missions menées par les pharmaciens inspecteurs est puni d'un emprisonnement de deux (02) mois à deux (02) ans et d'une amende de cinquante mille (50.000 DA) à cent mille (100.000 DA), ou l'une de ces deux peines seulement".

**Article 7** : La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger le 26 Rabie Ethani 1419 correspondant au 19 Août 1998

**LIAMINE Zeroual**

Le chef du Gouvernement

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa)

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales, notamment ses articles 78, 79, 92 et 93 ;

Vu la loi n° 83-14 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de santé, notamment son article 201 ;

Vu le décret présidentiel n° 98-427 du 26 Chaâbane 1419 correspondant au 15 décembre 1998 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991, modifiée et complétée, portant statut particulier des praticiens médicaux, généralistes et spécialistes de santé publique ;

Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991, modifiée et complétée, portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n° 97-261 du 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des directions de la santé et de la population de wilaya , notamment son article 8 ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de fixer les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée et notamment les modalités de délivrance et de retrait de l'autorisation de l'activité complémentaire ainsi que celles du contrôle de son exercice.

## **CHAPITRE I CONDITIONS ET MODALITES DE DELIVRANCE DE L'AUTORISATION D'EXERCICE DE L'ACTIVITE COMPLEMENTAIRE**

**Article 2 :** L'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire est accordée, sur demande de l'intéressé, par le directeur de l'établissement public de santé, après avis motivé du chef de service et du conseil médical ou scientifique. Une copie de la décision d'autorisation est adressée, pour information, au ministre chargé de la santé dans le mois qui suit sa signature. L'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire pour les spécialistes de santé publique et les spécialistes hospitalo-universitaires, est renouvelable annuellement.

L'activité complémentaire peut être provisoirement suspendue, sur décision dûment motivée du directeur de l'établissement public de santé quand les nécessités de service exigent la présence du bénéficiaire dans l'établissement. La durée de la suspension est obligatoirement indiquée sur la décision.

**Article 3 :** L'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire indique :

le lieu ou les lieux d'exercice ;

la nature de l'activité ;

les deux demi-journées (après-midi) réservées à l'activité complémentaire.

tout changement opéré sur tout ou partie des indications ci-dessus est soumis à une nouvelle autorisation.

**Article 4 :** les deux demi-journées réservées à l'exercice de l'activité complémentaire sont fixées par le directeur de l'établissement public de santé, après consultation du conseil scientifique et / ou médical.

**Article 5 :** L'exercice de l'activité complémentaire est soumis à déclaration par le directeur de l'établissement public de santé à la section ordinaire régionale compétente.

## **CHAPITRE II MODALITES DE CONTROLE ET CONDITIONS DE RETRAIT DE L'AUTORISATION D'EXERCICE DE L'ACTIVITE COMPLEMENTAIRE**

**Article 6 :** Le contrôle de l'activité complémentaire est dévolu aux inspecteurs des directions de santé et de la population de wilaya. Dans ce cadre, le contrôle ne doit porter que sur le contenu de l'autorisation tel que mentionné à l'article 3 cité ci-dessus.

**Article 7 :** L'organisme parapublic ou privé de santé est tenu de déclarer à l'établissement public de santé, dans la semaine suivant son recrutement, tout bénéficiaire de l'activité complémentaire exerçant dans ces structures.

**Article 8 :** L'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire peut être retirée par le directeur de l'établissement public de santé provisoirement :

pour une durée ne dépassant pas un mois à titre de sanction et après avertissement en cas de non respect des conditions fixées par l'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire ;

pour le reste de l'année en cours, si l'intéressé a fait l'objet de deux retraits provisoires durant la même année.

**Article 9 :** L'intéressé peut faire un recours auprès de l'autorité de tutelle en cas de refus de l'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de la notification de la décision au demandeur.

En cas de retrait provisoire de l'autorisation, le bénéficiaire peut faire un recours dans un délai de (15) jours.

L'administration est tenue de répondre aux recours concernant les cas sus-cités dans un délai qui ne saurait excéder trente (30) jours à compter de la date de réception du recours.

En cas de silence de l'administration, l'intéressé est rétabli dans ses droits et peut reprendre l'exercice de l'activité complémentaire à compter du jour suivant la date de l'expiration du délai de réponse.

**Article 10 :** Toutes dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

**Article 11 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait Alger, le 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999

Smail HAMDANI

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**CIRCULAIRE N° 36 MSP/DU 22 DEC 1999 PORTANT  
MISE EN ŒUVRE DES MODALITES PRATIQUES DES CONDITIONS  
D'EXERCICE DE L'ACTIVITE COMPLEMENTAIRE**

**DESTINATAIRES :**

Mrs LES DSPS (TOUS) POUR EXECUTION  
Mrs LES DIRECTEURS GENERAUX DES CHU (TOUS)  
Mrs LES DIRECTEURS DES SECTEURS SANITAIRES ET DES EHS

**REFERENCES :**

PJ : - loi N° 98/09 du 19 Août 1998 modifiant et complétant la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.  
Décret exécutif N° 99-236 du 19 Octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi 85-05 du 16 février 1985.

La mise en œuvre pratique du dispositif législatif et réglementaire concernant l'activité complémentaire nécessite à titre essentiel, la prise en compte combinée de l'article 201 (alinéa 1, 2,3, et 4) modifié et des dispositions du décret exécutif n°99-236 du 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et la promotion de la santé.

Ces deux textes désignent :

Les praticiens concernés

Le lieu d'exercice

Les conditions et modalités de délivrance de l'autorisation

1/ praticiens concernés par l'activité complémentaire :

Professeurs

Docents

Maîtres assistants justifiant de cinq années d'exercice effectif en cette qualité ou titulaire d'un doctorat en sciences médicales (DESM).

Spécialistes de santé publique justifiant de cinq années d'exercice effectif en cette qualité.

2/ Lieu d'exercice :

L'activité complémentaire est exercée en dehors des établissements publics de santé, elle est autorisée au niveau :

des établissements sanitaires privés

des laboratoires privés : laboratoires d'analyses médicales et / ou de contrôle

du secteur para-public

3/ Conditions et modalités de délivrance de l'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire

Outre la condition relative aux praticiens concernés par l'activité complémentaire ; l'article 201 modifié dispose que l'autorisation d'exercice est accordée, à la condition qu'elle ne porte pas préjudice au fonctionnement normal des services.

Il est précisé que :

L'autorisation est accordée sur demande de l'intéressé, par le directeur de l'établissement public de santé, après avis du chef de service et du conseil médical ou scientifique.

Deux demi-journées au maximum (après-midi) peuvent être consacrées à l'activité complémentaire additionnelle ment aux jours de congé légal : elles sont fixées par le directeur de l'établissement après consultation du conseil scientifique et / ou conseil médical.

L'exercice de l'activité complémentaire ne peut être autorisé que dans le cadre de la spécialité exercée par le praticien concerné, et auprès des structures citées ci-dessus dûment agréées pour cette spécialité. Sont donc exclu du champ d'application de l'activité complémentaire les cabinets de médecin ou de chirurgien généralistes ainsi que les officines pharmaceutiques.

Une copie de la décision d'autorisation est adressée pour information :

au ministre de la santé et de la population – direction des services de santé

au DSP territorialement concernés.

Au directeur de la caisse de sécurité sociale concerné.

Au doyen de la faculté de médecine concerné.

Elle doit indiquer :

Le ou les lieux d'exercice, et les demi-journées identifiées de façon précise

La nature de l'activité (spécialité concernée)

Le praticien spécialiste exerçant dans le cadre de l'activité complémentaire est tenu de mentionner sur son ordonnancier sa qualité, son identité ainsi que la structure dans laquelle il exerce l'activité complémentaire.

MM. les Directeurs de la Santé et de la Population et les Directeurs Généraux des CHU, les Directeurs des Secteurs Sanitaires et les Directeurs des EHS sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution de ces dispositions.

Toute difficulté devra m'être signalée sous le présent timbre de la présente circulaire.

الأمين العام

محمد العربي عباس



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

CHU – EHS OU SECTEUR SANITAIRE

**DECISION N° DU  
PORTANT AUTORISATION D'EXERCICE DE  
L'ACTIVITE COMPLEMENTAIRE**

Le Directeur,

Vu la loi n° 85-05 du 16 Février 1985, modifiée, relative à la protection et à la promotion de la santé notamment son article 201 alinéas 1, 2, 3 et 4.

Vu le décret exécutif N° 99-236 du 19 Octobre 1999, fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi 85-05 du 16 Février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé.

Vu l'arrêté N° du , portant nomination de

Mr ..... dans le grade des (définir spécialité) ..... à compter du.....

Vu la demande formulée par Mr ..... en date du.....

Vu l'avis favorable émis par le praticien chef de service ;

Vu l'avis favorable émis par le conseil scientifique ou le conseil médical dans sa séance du .....

**D E C I D E**

Article 1<sup>er</sup>: M ..... est autorisé à exercer l'activité complémentaire le ou les ..... après midi ..... Après midi

dans la spécialité : ..... à .....

Article 2: La présente autorisation est délivrée pour une durée d'une année à compter de la date de sa signature. Elle peut-être suspendue provisoirement si les nécessités de services l'exigent conformément aux dispositions de l'article 2, Alinéa 4 du décret exécutif N° 99-236 du 19 Octobre 1999 sus-visé.

**AMPLIATION A :**

M. Le Ministre de la Santé et de la Population  
(Direction des Services de Santé)

M. Le Directeur de la Caisse de Sécurité Sociale concernée

M. L e DSP du GGA ou le DSP de la Wilaya de.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION**  
**ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**Circulaire du 03 Mai 2003 relative aux modalités d'application du décret exécutif n° 02-256 du 3 août 2002 modifiant et complétant le décret exécutif n° 99-236 du 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé.**

**DESTINATAIRES :**

MESDAMES ET MESSIEURS LES DSP  
MADAME ET MESSIEURS LES DIRECTEURS GENERAUX DE CHU  
MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS DES EHS ET DES SS

**Références :**

Loi n° 98-09 du 19 août 1998 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

Décret exécutif n° 99-236 du 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifié et complété par le décret exécutif n° 02-256 du 03 août 2002.  
Circulaire n° 36/MSP du 22 décembre 1999 portant mise en œuvre des modalités pratiques des conditions d'exercice de l'activité complémentaire.

L'activité complémentaire a été instituée à une période où les conditions socio-économiques ne permettaient pas aux spécialistes de se consacrer pleinement à leurs tâches.

Cette activité devait permettre un relèvement des revenus de certains spécialistes que le budget de l'Etat ne pouvait accorder en son temps tout en améliorant les performances des établissements publics, notamment en matière d'offre de soins

Dans les cas de force est de constater que l'impact de la mesure est en contradiction avec les impératifs de service public et que cette situation a eu pour conséquence la réduction des activités. Le détournement des moyens de production au profit du secteur libéral, la réduction de certains actes opératoires et médico-techniques, l'orientation des malades vers les structures privées, les évacuations des malades opérés du secteur privé vers le secteur public pour la continuité de leurs soins et leur surveillance au détriment des programmes d'activités planifiés des services publics de santé et au détriment du temps consacré à l'amélioration des prestations sanitaires et des plans de carrière scientifiques.

A cela s'ajoutent même des problèmes de dépassement caractérisés par des activités à titre privé non déclarées avec perception de la prime de renonciation à cette activité.

Cette situation est antinomique des missions du secteur public et des droits des malades.

C'est pour cela que des mesures de redressement s'imposent dans le respect et le cadre des textes régissant cette activité initiée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

L'activité complémentaire n'est pas remise en question, puisque la loi l'autorise. Mais le décret du 03 août 2002 permet de l'encadrer, en veillant à la stricte application de la législation et de la réglementation la régissant.

A cet effet, il y a lieu de veiller principalement :

- A formaliser l'autorisation par une décision annuelle dans le respect des procédures fixées par le décret cité en références.
- A notifier l'autorisation aux institutions et structures concernées conformément aux dispositions de l'article 05 du décret exécutif n° 02-256 du 03 août 2002,
- Au fonctionnement régulier du service public en matière de soins, de formation et de recherche, avec possibilité de non renouvellement ou de suspension de l'activité complémentaire, en cas de besoin,
- A l'inspection et au contrôle des structures privées et publiques en vue de s'assurer du respect de la réglementation en la matière et du respect des droits du malade ;
- A l'application des dispositions réglementaires lorsqu'il y a constat d'infraction.

S'agissant des spécialistes occupant les postes supérieurs de chefs de service ou d'unité, il y a lieu de rappeler les dispositions de l'article 04 bis du décret précité qui consacre l'incompatibilité avec l'exercice de toute activité complémentaire pour tout titulaire de poste supérieur.

La chefferie de service ou d'unité nécessite, en effet, une disponibilité entière et continue pour la réalisation des objectifs rattachés aux missions de chaque catégorie de spécialistes et une capacité à veiller sur l'aspect moral très sensible lorsque la logique de l'activité privée devient imbriquée dans le secteur public.

C'est pour toutes ces raisons que les gestionnaires d'établissements sont tenus de veiller scrupuleusement à l'application de la disposition de l'article 04 bis.

Les seuls cas où l'application de cette disposition peut encore en différer exceptionnellement, en attendant la réunion des conditions de mise à niveau de certains établissements seront ceux pour lesquels le Directeur d'Etablissement établit :

Un rapport sur les performances du service et de la personne fondées sur une évaluation objective utilisant des indicateurs vérifiables permettant de caractériser les niveaux d'efficience des équipes et d'effectuer des comparaisons dans le temps et dans l'espace ;

Ou un rapport sur des projets de service ou d'établissement sensibles en cours, pilotés par des praticiens engagés et performants pouvant justifier le maintien de leur position en qualité de chef de service ;

Ou – Un rapport sur le risque de déstabilisation de l'activité dans les secteurs ou les zones dépourvues de spécialistes.

Ces rapports sont adressés au DSP et engagent l'entière responsabilité des gestionnaires sur l'application de la loi et sur leur capacité de discernement des intérêts des malades et du système de soins.

J'attache une grande importance à l'application stricte de la présente circulaire.

Le Ministre de la Santé et de Population

**Abdelhamid ABERKANE**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport conjoint du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu le décret présidentiel n° 02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie El Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé

**Décète:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter le décret exécutif n° 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999, susvisé.

**Article 2** : L'article 2 du décret exécutif n° 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 susvisé est modifié comme suit :  
« Art 2 : L'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire ne doit, en aucun cas, porter préjudice au fonctionnement normal des activités médicales d'enseignement et de recherche effectuées dans les établissements publics.

L'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire est accordée, sur demande de l'intéressé, par le directeur de l'établissement public de santé, après avis motivé du chef de service et du conseil médical ou scientifique, quand il s'agit d'un spécialiste de santé publique. En ce qui concerne les spécialistes hospitalo-universitaires, la décision d'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire est accordée, sur demande de l'intéressé, conjointement par le responsable de l'institution ou de la structure de formation en sciences médicales et le directeur de l'établissement public de santé, après avis du conseil scientifique ou médical de l'établissement concerné.

La décision d'autorisation est notifiée au directeur de la santé et de la population de wilaya.

L'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire est renouvelable annuellement dans les mêmes formes.

L'activité complémentaire peut être suspendue :

Sur décision conjointe du directeur de l'établissement public de santé et du responsable de l'institution ou de la structure de formation en sciences médicales, en cas de nécessité au plan de formation ».

Sur décision du directeur de l'établissement public de santé, à la demande de l'intéressé ».

**Article 3** : Le décret exécutif n° 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 susvisé est complété par un article 4 bis libellé comme suit :

« Art ,4 bis : L'exercice de l'activité complémentaire est incompatible avec l'occupation de tout poste de chef de service ou de chef d'unité ».

**Article 4** : L'article 5 du décret exécutif n° 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 susvisé est modifié comme suit :  
« Art 5 : L'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire et son retrait sont soumis à déclaration, par le directeur de l'établissement public de santé, à la section ordinaire régionale et à la caisse de sécurité sociale compétentes ».

**Article 5** : L'article 7 du décret exécutif n° 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 susvisé est complété, *in fine*, comme suit :

« Art 7 :.....

Tout retard, défaut ou fausse déclaration ou exercice au - delà de la durée autorisée, entraîne la fermeture de la structure privée pour une période de 3 à 6 jours. En cas de récidive, la durée de fermeture est portée à 15 jours ».

**Article 6** : l'article 8 du décret exécutif n° 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 susvisé est modifié comme suit :  
« Art 8 L'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire peut être retirée, à titre de sanction, pour une durée 'une année, par le directeur de l'établissement public de santé en cas de non-respect des conditions fixées par le présent décret ».

**Article 7** : L'alinéa 4 de l'article 9 du décret exécutif n° 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 susvisé est abrogé.

**Article 8** : Les modalités d'application des dispositions du présent décret sont précisées, en tant que de besoins, par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 9** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire

Fait à Alger, le 23 Jomada El Oula correspondant au 3 août 2002

**Ali BENFLIS**

**Circulaire N° 003 MSPRH/MIN du 08 DEC 2009 relative à l'exercice de l'activité complémentaire**

**DESTINATAIRES**

Madame et Messieurs les Walis : pour information

Madame et Messieurs les directeurs de la santé et de la population  
- Tous - pour exécution et communication à Mmes et Mrs :

Les directeurs des établissements hospitaliers privés,  
Les directeurs des EH ;  
Les directeurs des EHS ;  
Les directeurs des EPH ;  
Les directeurs des EPSP.

Tous – pour exécution

Madame et messieurs les directeurs généraux des CHU (Tous) – pour exécution  
Monsieur le directeur général de l'EHU Oran – pour exécution.

**Références :**

- Loi n° 98-09 du 19 août 1998 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.
- Décret exécutif n°99-236 du 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifié et complété par le décret exécutif n°02-25 du 03 août 2002.
- Circulaire n°36/MSF du 22 décembre 1999 portant mise en œuvre des modalités pratiques des conditions d'exercice de l'activité complémentaire.
- Circulaire n°003 du 03 mai 2003 relative aux modalités d'application du décret exécutif n°02-256 du 3 mai 2002 modifiant et complétant le décret exécutif n° 99-236 du 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi 85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée en relative à la protection et la promotion de la santé.

L'évaluation de l'exercice de l'activité complémentaire a permis de relever des dysfonctionnements multiples aux niveaux des établissements de santé qui sont dus essentiellement au non respect des dispositions réglementaires en la matière.

En effet, de nombreux praticiens, dont des chefs de services et des chefs d'unités, ont exercé, souvent de manière illégale, cette activité au détriment de la prise en charge des malades et du service public.

Ainsi a-t-il été observé la persistance de certains pratiques telles que :

- L'exercice illégal de l'activité complémentaire
- Le non respect des périodes autorisées (deux après-midi par semaine) pour exercer le temps complémentaire, engendrant un fort taux d'absentéisme dans les structures publiques de santé.
- La non déclaration de l'activité à titre privé avec perception de la prime de renonciation à l'activité complémentaire.

Afin de mettre un terme aux excès et dépassements relevés dans la mise en œuvre de ces dispositions, il est désormais exigé que :

- *l'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire soit délivrée dans le respect des dispositions prévues par l'article 2 du décret exécutif n°99-236 du 19 octobre 1999 modifié et complété et après accord préalable du directeur de la santé et de la population territorialement compétent.*
- *l'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire soit limitée à un seul établissement de santé privé ou parapublic réunissant les conditions d'exercice de la discipline correspondante et situé impérativement dans les limites de la wilaya siège de l'établissement public ou exerce le praticien demandeur.*
- *les décisions d'autorisation de cette activité en dehors de la wilaya d'exercice du praticien demandeur relèveront de la compétence des services de l'administration centrale.*
- *l'autorisation d'exercice soit accordée pour une journée par semaine, le mardi ou le mercredi, en lieu et place de deux demi-journées sans, en aucun cas, porter préjudice au fonctionnement normal des activités médicales effectuées dans les établissements publics.*

En outre, sont abrogées les dispositions exceptionnelles de la circulaire n°003 du 03 mai 2003 autorisant les praticiens spécialistes de santé publique et les chercheurs enseignants hospitalo-universitaires occupant les postes supérieurs de chef de service ou d'unité à exercer l'activité complémentaire.

A cet effet, les directeurs de la santé et de la population de wilaya, à travers les praticiens médicaux. Inspecteurs sont tenus de procéder à des contrôles réguliers et inopinés au niveau des structures de santé relevant de leur compétence territoriale et de transmettre mensuellement au ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (Secrétariat Général Inspection Générale) un état des infractions relevées accompagné des mesures prises dans le respect des dispositions prévues par la réglementation en vigueur.

La responsabilité des directeurs de la santé et de la population de wilaya et des directeurs des établissements de santé publics, parapublics et privés est pleinement et entièrement engagée.

J'attache la plus grande importance à l'application stricte de la présente circulaire.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
الدكتور السعيد بركات

**Circulaire N° 001 MSPRH/MIN du 31 MARS 2010 relative à l'exercice de l'activité lucrative**

DESTINATAIRES :

Madame et Messieurs les Walis- Pour information  
Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population  
Pour exécution et communication à Mesdames et Messieurs  
Les Directeurs des établissements Hospitaliers Privés ;  
Les Directeurs des EH, EHS, EPH et EPSP.  
Madame et messieurs les Directeurs Généraux des CHU- Pour exécution

Référence : Ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 portant Statut Général de la Fonction Publique, article 44.  
Décret exécutif n° 08-129 du 27 Rabie Ethani correspondant au 03 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire.

Les dispositions de l'article 44 du statut général de la fonction publique prévoient « la possibilité pour les fonctionnaires appartenant aux corps des enseignants de l'enseignement supérieur, des chercheurs ainsi qu'au corps des praticiens médicaux spécialistes d'exercer une activité lucrative, à titre privé, en rapport avec leur spécialité ».

En attendant l'élaboration et l'adoption du texte réglementaire devant définir les conditions et les modalités d'application de cette disposition, les praticiens hospitalo-universitaire et les praticiens spécialistes de santé publique y compris ceux occupant les postes de chef de service et de chef d'unité sont autorisés à exercer dans les structures privées une activité lucrative les week-ends et les jours fériés.

Les fonctions de Chef de service et de Chef d'unité n'ouvrent droit qu'à l'activité lucrative.

L'exercice de l'activité lucrative à titre privé n'est pas cumulable avec l'exercice de l'activité complémentaire et ne doit en aucun cas se faire au détriment de la prise en charge des usagers du secteur public et porter préjudice à la continuité du service public.

La demande d'exercice de l'activité lucrative à titre privé est soumise à une autorisation délivrée par le chef de l'établissement pour les praticiens spécialistes de santé publique, et conjointement, par le responsable de l'institution ou de la structure de formation en sciences médicales et le directeur de l'établissement public de santé pour les praticiens hospitalo-universitaire, après avis du conseil scientifique ou médical de l'établissement concerné et accord préalable du directeur de santé et de la population (DSP) territorialement compétent.

L'autorisation d'exercice de l'activité lucrative est limitée à un seul établissement de santé privé ou parapublic réunissant les conditions d'exercice de la discipline correspondante et situé impérativement dans les limites de la wilaya siège de l'établissement public ou exerce le praticien demandeur.

Une copie de l'autorisation est adressée au directeur de la santé et de la population de wilaya, à la section ordinaire régionale et à la caisse de sécurité sociale compétente.

Cette autorisation, peut être suspendue ou retirée dans les mêmes formes pour nécessité de service.

Madame et Messieurs les Directeurs de Santé et de la Population des Wilayas, Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU, Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran sont chargés de s'assurer du respect des dispositions de cette circulaire.

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات  
الدكتور السعيد بركات

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2).

Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée, relative au service civil ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment son article 201-5 ;

Vu l'ordonnance n° 97-15 du 24 Moharram 1418 correspondant au 31 mai 1997 fixant le statut particulier du Gouvernement du Grand Alger.

Vu le décret n° 87-90 du 21 avril 1987 portant mise en œuvre de la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée par la loi n° 86-11 du 19 août 1986 relative au service civil ;

Vu le décret présidentiel n° 98-427 du 26 Chaâbane 1419 correspondant au 15 décembre 1998 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique, modifiée et complétée par le décret exécutif n°93-228 du 19 Rabie Ethani 1414 correspondant au 15 octobre 1993.

Vu le décret exécutif n°91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires, modifiée et complétée par le décret exécutif n° 92-491 du 28 décembre 1992,

Vu le décret exécutif n° 97-261 du 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des directions de la santé et de la population de wilaya ;

Vu le décret exécutif n° 97-262 du 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997 portant création, organisation et fonctionnement des conseils régionaux de la santé ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret exécutif a pour objet de fixer les conditions et les modalités d'accomplissement du service civil pour les praticiens médicaux en application de l'article 201-5 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, susvisée.

**Article 2** : L'accomplissement du service civil, pour les assujettis, au sens de l'article 4 de la loi n° 84-10 du 11 février 1984, susvisée, s'effectue dans les filières et spécialités fixées en annexe II.

**Article 3** : Les assujettis au service civil sont affectés à des postes de travail réservés à cet effet et préalablement identifiés et répartis selon le zoning fixé en annexe I du présent décret.

Le zoning tel que fixé par l'annexe I peut être modifié en cas de besoin dans les mêmes formes.

La liste des affectations est arrêtée par la commission centrale prévue dans le titre II du présent décret.

La liste des filières et spécialités concernés par le service civil, conformément aux dispositions de l'article 201-5 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée, telle que fixée en annexe II du présent décret est arrêté annuellement dans les mêmes formes.

**Article 4** : Les assujettis exercent conformément aux dispositions des articles 14, 15 et 16 du décret n° 87-90 du 21 avril 1987, susvisée dans les spécialités ou filières dans lesquelles ils ont été formés.

**Article 5** : Les assujettis sont appelés à effectuer le service civil auprès d'un établissement de santé selon la procédure définie par le présent décret, soit immédiatement après l'obtention de leurs diplômes, lorsque les intéressés ne sont pas concernés par le service national ou ne sont pas en situation de post-graduation ou liés par un contrat de formation conformément aux dispositions du décret n° 87-90 du 21 avril 1987, susvisée soit à leur libération du service national.

Les assujettis doivent être en situation régulière vis à vis du service national, notamment, aux dispositions de l'article 5 du décret exécutif n° 87-90 du 21 avril 1987, susvisée.

Lorsque la filière ou la spécialité n'est pas concerné par le service civil, les assujettis sont libérés de façon définitive de toute obligation et sont en droit de recevoir l'attestation d'exemption prévue à l'article 17 du présent décret.

## TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES A LA COMMISSION CENTRALE D'AFFECTATION ET DE RECOURS

**Article 6** : Il est institué une commission d'affectation et de recours concernant les assujettis au service civil, dénommée ci-après la «Commission centrale».

**Article 7** : La commission centrale présidée par le secrétaire général du ministère chargé de la santé comprend :

le directeur chargé de l'administration des moyens,

le directeur chargé des services de la santé,

le directeur chargé de la planification ;

le directeur de la réglementation et du contentieux.

**Article 8** : Le secrétaire de la commission centrale est assuré par la direction chargée de l'administration des moyens ;

**Article 9** : La commission centrale arrête un programme annuel d'affectation des assujettis au service civil ;

**Article 10** : Le programme d'affectation est élaboré sur la base des besoins établis au niveau local et consolidés par les conseils régionaux de la santé.

**Article 11** : Les postes de travail ouverts annuellement à cet effet doivent faire l'objet d'une large diffusion par les directeurs de la santé de wilaya concernés à l'effet de procéder au recueil des fiches de vœux qui seront transmises pour examen et traitement au secrétariat de la commission centrale.

**Article 12** : La formulation des besoins par les autorités locales doit être accompagnée des spécifications techniques liées aux conditions d'exercice de l'assujetti au service civil, notamment, la disponibilité des équipements et matériels spécifiques à la spécialité exercée.

**Article 13** : La commission centrale se réunit au mois deux (2) fois par an en session ordinaire.

Elle se réunit en session extraordinaire en tant que de besoin, notamment pour l'examen des recours en matière disciplinaire.

**Article 14** : Les recours en matière disciplinaire sont traités par la commission centrale sur saisine soit du directeur de l'établissement de santé soit de l'assujetti au service civil.

Les recours doivent être adressés à la commission centrale dans les 30 jours qui suivent la décision de la commission paritaire siégeant en commission de discipline.

**TITRE III  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX ATTESTATIONS  
D'ACQUITTEMENT ET D'EXEMPTION**

**Article 15 :** - A l'issue de l'accomplissement du service civil, l'assujetti reçoit de l'établissement employeur une attestation d'acquiescement établie selon le modèle figurant en annexe III du présent décret

Si au cours de la durée du service civil, des changements sont intervenus dans l'affectation de l'assujetti, l'attestation susvisée lui est délivrée par le dernier établissement de rattachement, dans le strict respect des conditions afférentes au zoning.

L'attestation est délivrée à l'assujetti huit (8) jours calendaires après la date d'expiration de la période du service civil, pour valoir ce que de droit et constituer la pièce justificative réglementaire. La dite attestation est assimilée à une attestation de travail.

**Article 16 :** Les filières et spécialités ne figurant pas dans la liste prévue à l'annexe II du présent décret sont exemptées du service civil sous réserve des modifications pouvant intervenir en cas de besoin, et donnent lieu à la délivrance d'une attestation d'exemption par le ministère chargé de la santé établie selon le modèle prévu en annexe IV du présent décret, en ce qui concerne les spécialistes. Pour les praticiens généralistes l'attestation est délivrée par les directions de la santé et de la population.

**TITRE IV  
SANCTIONS DISCIPLINAIRES**

**Article 17 :** En application de l'article 23 de la loi n° 84-10 du 11 février 1984, susvisée, et en cas de faute lourde ou grave, au sens de la législation du travail, commise par l'assujetti au service civil, la commission paritaire par corps de l'établissement de santé est compétente pour connaître de la matérialité des faits et apprécier les circonstances aggravantes ou atténuantes conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 18 :** Toutes les dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

**Article 19 :** Le présent décret sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 20 Rabie Ethani 1420 correspondant au 2 août 1999

**Smail HAMDANI**

**ANNEXE I**  
**Modulation de la durée du service civil pour les médecins, pharmaciens**  
**et chirurgiens-dentistes dans les établissements hospitalières**

WILAYA	REGION I -2 ANS	REGION II - 3 ANS	REGION III - 4 ANS
Adrar	Adrar		
	Timimoun		
	Reggane		
Chlef	Chlef		
	Boukadir		
	Ténès		
	Ouled Fares		
Laghouat	Oum El Bouaghi		
	Ain Beida		
	Ain M'Lila		
	Meskiana		Ain Fakroun
Batna		Chu Batna	
			Batna
	Merouna		
	Arris		
	Barika		
	N'Gaous		
Bejaïa		Béjaïa	
		Akbou	
		Amizour	
		Kherrata	
		Sidi Aich	
Biskra	Biskra		
	Sidi Okba		
	Tolga		
	Ouled Djella		
Béchar	Béchar		
	Abadla		
	Beni Abbès		
Blida			EHS CAC Zabana
		Chu Blida	
			Blida
			Boufarik
Bouira			Larba
	Bouira		El Afroun
	Lakhdaria		
	Sour El Ghozlane		
Tamenghasset	Mechdellah		
			Ain Bessem
	Tamenghasset		
Tébessa	In Salah		
	Tébessa		
	El Aouinet		
	Bir El Ater		
	Cheria		
Tlemcen	Ouenza		
		Chu Tlemcen	
			Tlemcen
			Remchi
		Maghnia	
		Sebdou	
Tiaret			Ouled Mimoun
	EHS Psy Tiaret		
	Tiaret		
	Mahdia		
	Sougueur		
	Ksar Challala		
Tizi Ouzou	Frenda		
		Chu Tizi Ouzou	
		EHS Oued Aissi	
		Tizi Ouzou (Sbihi)	
		Ain El Hammam	
		Azazga	
		Boghni	
		Dra El Mizan	
			Tighzirt
	Larba Nait Iraten		
	Azefoun		
			Chu Mustapha



			Chu Parnet
Alger			Chu B.El Oued
			Chu Beni Messous
			EHS Psy Chéraga
			EHS Psy Drid Houcine
			EHS Douera
			EHS Ben Aknoun
			EHS Texeraïne
			EHS M. Abderrahmane
			EHS Azur Plage
			CNMS
			CPMC
			EHS El Kettar
			EHS Ait Idir
			Clinique des Brulés
			EHS Zmirli
			Bologhine
			Birtraria
			Sidi M'Hamed
			Kouba
			El Harrach
		Rouiba	
		Ain Taya	
		Douira	
		Zeralda	
		Baraki	
Djelfa	Djelfa		
	Hassi Bahbah		
	Ain Oussara		
	Messad		
Jijel	Jijel		
	El Milia		
	Taher		
Sétif	CHU Sétif		
	EHS Psy Ain Abbessa		
			Ehs Ras El Ma
			Sétif
	Ain Oulmane		
	Bougaa		
Ain El Kebira			
El Eulma			
Saida	Saida	Hassasna	
Skikda	EHS Psy El Harrouch		
	Skikda		
		Collo	
		El Harrouch	
		Tamalous	
	Azzaba		
		Chu Sidi Bel Abbès	
Sidi Bel Abbès			Sidi Bel Abbès
			Sfisef
	Telagh		
Annaba			Ben Badis
			Chu Annaba
			Ehs Psy Errazi
		EHS Seraidi	
		EHS El Bouni	
			Annaba
		Chetaiba	
		El Hadjar	
Guelma	Guelma		Boucheouf
			Oued Zenati
			Ain Larbi
Constantine			Chu constantine
			Ehs Psy Djebel Ouhch
			Clinique Erriadh
			Ehs Sidi Mabrouk
			Ehs Daksi
			Constantine
			El Kherroub
		Zighout Youcef	
	Médéa		
			Tablat
	Berrouaghia		
	Ksar El Boukhari		
	Ain Boucif		

Médéa	Beni Slimane		
Mostaganem		Mostaganem	
		Sidi Ali	
		Ain Tadless	
M' Sila	M'sila		
	Sidi Aissa		
	Ain El Melh		
	Boussaâda		
Mascara	Ehs Bouhanifia		
		Mascara	
		Tighenif	
		Ghriss	
		Mahammadia Sig	
Ouargla	Ouargla		El Hadjira
	Hassi Messaoud		
	Tougourt		
Oran			Chu Oran
			EHS Psy Sidi Chami
			EHS Emir Abdelkader
			EHS Canastel
			Clinique Ophtalmique
			Oran Est
			Oran Ouest
			Arzew Ain Turk Es Senia
El Bayadh	El Bayadh		
	Lebiadh Sidi Cheikh		
Illizi	Illizi		
	Djanet		
Bourdj Bou Arreridj	Bourdj Bou Arreridj		
	Medjana		
	Ras El Oued		
Boumerdès		Boumerdès	
		Bordj Menial	
		Dellys	
El Taref			El Taref
			Dré an
			Bouhadjar
	El Kala		
Tindouf	Tindouf		
Tissemsilt	Tissemsilt		
	Teniet El Had		
	Bordj Bounaama		
El Oued	El Oued		
	Meghaier		
Khenchela	Khenchela		
	Kais		
	cherchar		
Souk Ahras	Souk Ahras		
	Sedrata		
Tipaza		Tipaza	
		Cherchell	
		Gouraya	
Mila		EHS Psy O.Athmania	
		Mila	
		Chelghoum El Aid	
		Ferdjioua	
Ain Defla	Ain Defla		
	Khemis Miliana		
	Miliana		
	El Attaf		
Naâma	Naâma (Mechria)		
	Ain Sefra		
Ain Temouchent		Ain Temouchent	
		Hammam Bouhadjar	
		Beni Saf	
Ghardaia	Ghardaia		
	Guerrara		
	Metlili		
	El Menia		
Relizane		Relizane	
		Oued Rhiou	
		Mazouna	

**ANNEXE II**  
**Spécialités médicales**

Anatomie pathologique  
Anesthésie – réanimation  
Biochimie  
Biologie technique  
Cardiologie  
Epidémiologie et médecine préventive  
Endocrinologie  
Dermatologie  
Gastro- Entérologie  
Gynécologie obstétrique  
Hématologie  
Hémobiologie  
Immunologie  
Médecine interne  
Médecine du travail  
Neurologie  
Spécialités chirurgicales

\* chirurgie générale  
\* chirurgie pédiatrique  
\* chirurgie neurologique  
\* chirurgie maxillo-faciale.

Néphrologie  
Ophtalmologie  
ORL  
Oncologie médicale  
Parasitologie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Psychiatrie  
Radiologie  
Radiothérapie  
Rééducation fonctionnelle  
Rhumatologie  
Maladies infectieuses  
Médecine légale  
Médecine nucléaire

Chirurgie orthopédique  
Chirurgie urologique  
Chirurgie Cardiaque

**Décret exécutif n° 99-176 du 20 Rabie Ethani 1420 correspondant au 2 août 1999 fixant les modalités d'accomplissement du service civil pour les praticiens médicaux (rectificatif).**

Journal officiel n° 52 du 22 Rabie Ethani 1420 correspondant au 4 août 1999.

Page 14 – 2<sup>ème</sup> colonne – article 5 – alinéa 3 – 4<sup>ème</sup> ligne.

Au lieu de :

« ..... article 17..... ».

Lire :

« .....article 16..... ».

(le reste sans changement).

ANNEXE III

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

ETABLISSEMENT DE SANTE .....

ATTESTATION D'ACQUITTEMENT DES OBLIGATIONS DU SERVICE CIVIL

Je soussigné, directeur de l'établissement suscit  attesté que :

Nom et prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Diplôme : .....

Spécialité : .....

Institution de formation : .....

Date de mise en position : .....

Date de libération : .....

Poste occupé .....

S'est acquitté (e) ses obligations du service civil conformément aux dispositions de la loi n 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée relative au service civil, de la loi né 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé et des textes pris pour leur applications.

La présente attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Notification : ministère de la santé et de la population  
DSP de la wilaya  
De .....

Fait à ....., le .....

(Signature et cachet)

**ANNEXE IV  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**ATTESTATION D'EXEMPTION DES OBLIGATIONS DU SERVICE CIVIL**

Le soussigné : .....

Atteste par la présente que M : .....

Né le : .....

Demeurant : .....

Titulaire du Diplôme de : .....

Est exempté des obligations du service civil conformément à la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée relative au service civil, à la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, ainsi qu'aux textes pris pour leur application.

La présente attestation est délivrée pour service et valoir ce que de droit.

Fait à ..... le.....

(Signature et cachet)

**Ordonnance n° 06-06 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 modifiant et complétant la loi n° 84-10 du 11 février 1984 relative au service civil.**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 122-17° et 124 ;  
Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée, relative au service civil ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Le Conseil des ministres entendu ;

**Promulgue l'ordonnance dont la teneur suit :**

**Article 1<sup>er</sup>** : La présente ordonnance a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions de la loi n° 84-10 du 11 février 1984 relative au service civil.

**Article 2** : Les dispositions de l'article 2 de la loi n° 84-10 du 11 février 1984, susvisée, sont complétées in fine comme suit  
« Art 2 -

.....  
.....  
Le service civil peut être effectué auprès des établissements relevant du secteur privé de la santé selon les modalités qui sont précisées par voie réglementaire ».

**Article 3** : Les dispositions de l'article 18 de la loi n° 84-10 du 11 février 1984, susvisée, sont modifiées comme suit :

« Art 18 – La durée effective du service civil peut être, par équivalence, modulée selon les zones, secteurs d'activités, unités économiques, projets de développements ainsi que selon les qualifications jugées prioritaires dans le cadre des plans de développement sans qu'elle soit inférieure à un (1) an.

.....(le reste sans changement).....

**Article 4** : La présente ordonnance sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.  
Fait à Alger, le 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

Le Président de la République,;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 122, 124 et 126 ;

Vu l'ordonnance n° 06-06 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 modifiant et complétant la loi n° 84-10 du 11 février 1984 relative au service civil;

Après approbation par le parlement ;

Promulgue la loi dont la teneur suit :

**Article 1<sup>er</sup>** : Est approuvée l'ordonnance n° 06-06 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 modifiant et complétant la loi n° 84-10 du 11 février 1984 relative au service civil.

**Article 2** : La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 22 Chaoual 1427 correspondant au 14 novembre 2006.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

**Décret exécutif n°06-420 du Aouel Dhou El Kaada 1427 correspondant au 22 novembre 2006 modifiant et complétant le décret exécutif n°99-176 du 20 Rabie Ethani 1420 correspondant au 2 août 1999 fixant les modalités d'accomplissement du service civil pour les praticiens médicaux.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4<sup>e</sup> et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n°84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée, relative au service civil ;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu le décret présidentiel n°06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n°06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population

Vu le décret exécutif n°99-176 du 20 Rabie Ethani 1420 correspondant au 2 août 1999 fixant les modalités d'accomplissement du service civil pour les praticiens médicaux ;

**Décrète**

**Article 1<sup>er</sup> :** L'annexe I du décret exécutif n°99-176 du 20 Rabie Ethani 1420 correspondant au 2 août 1999, susvisé, est modifiée et complétée conformément à l'annexe jointe au présent décret.

**Article 2 :** Les médecins spécialistes en position de service civil à la date de publication du présent décret bénéficient de la modulation la plus favorable.

**Article 3 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le Aouel Dhou El Kaada 1427 correspondant au 22 novembre 2006.

**Abdelaziz BELKHADEM.**



## ANNEXE I

## Modulation de la durée du service civil pour les médecins spécialistes de santé publique dans les établissements hospitaliers

WILAYAS	REGIONS I 1 an	REGIONS II 2 ans	REGIONS III 3 ans	REGIONS IV 4 ans
ADRAR	S/S Reggane	S/S Adrar S/S Timimoun		
CHLEF		S/S Boukadir S/S Tènes S/S Ouled Farès	S/S Chlef	
LAGHOUAT		S/S Laghouat S/S Aflou		
OUM EL BOUAGHI		S/S Oum El Bouaghi S/S Ain Beida S/S Ain M'lila S/S Meskiana S/S Ain El Fakroun		
BATNA		S/S Merouana S/S Arris S/S Barika S/S N'Gaous S/S Ain Touta	CHU Batna S/S Batna	
BEJAIA			S/S Akbou S/S Amizour S/S Kherrata S/S Sidi Aich	S/S Béjaïa
BISKRA		S/S Biskra S/S Sidi Okba S/S Tolga S/S Ouled Djellal		
BECHAR	S/S Béni Abbès S/S Abadla	S/S Béchar		
BLIDA				CHU Blida EHS psy Frantz Fanon EHS CAC Zabana S/S Blida S/S Boufarik S/S Larbaâ S/S El Afroun
BOUIRA		S/S Lakhdaria S/S Sour El Ghozlane S/S Mehdellah S/S Ain Bessem	S/S Bouira	
TAMENGHASSET	S/S Tamenghasset S/S In Salah			
TEBESSA		S/S El Aouinet S/S Bir El Ater S/S Cheria S/S Ouenza	S/S Bouira	

WILAYAS	REGIONS I 1 an	REGIONS II 2 ans	REGIONS III 3 ans	REGIONS IV 4 ans
TLEMCEM			S/S Maghnia S/S Sebdou S/S Ghazaouet S/S Ouled Mimoun	S/S Tlemcen S/S Remchi CHU Tlemcen
TIARET		S/S Mahdia S/S Sougueur S/S Ksar Challala S/S Frenda	EHS Psy Tiaret S/S Tiaret	
TIZI-OUZOU			S/S Ain El Hammam S/S Azazga S/S Boghni S/S Draa El Mizan S/S Larba Nait Iraten S/S Azefoun S/S Tighzirt	CHU Tizi-Ouzou EHS Oued Aissi S/S Tizi-Ouzou (Sbihi)
ALGER				CHU Mustapha CHU Hussein Dey CHU B, El Oued CHU Béni Messous EHS psy Chéraga EHS psy Drid Hocine EHS Douéra EHS Ben Aknoun EHS Tixeraine EHS M. Abderrahmani EHS Azur Plage C.N.M.S CPMC EHS El Kettar EHS Ait Idir Clinique des brûlés EHS Zmirli S/S Bologhine S/S Birtraria S/S Sidi M'hamed S/S Kouba S/S El Harrach S/S Rouiba S/S Ain Taya S/S Douira S/S Zéralda S/S Baraki
DJELFA		S/S Djelfa S/S Hassi Bahbah S/S Ain Oussara S/S Messad		
JIJEL		S/S El Milia S/S Taher	S/S Jijel	
SETIF		EHS Psy Ain Abbessa S/S Ain Oulmane S/S Bougaa	EHS Ras El Ma S/S Ain El Kebira S/S El Eulma	CHU Sétif S/S Sétif

WILAYAS	REGIONS I 1 an	REGIONS II 2 ans	REGIONS III 3 ans	REGIONS IV 4 ans
SAIDA		S/S Hassasna	S/S Saida	
SKIKDA		EHS Psy El Harrouch S/S Collo S/S El Harrouch S/S Tamalous S/S Azzaba	EH Skikda S/S Skikda	
SIDI BEL ABBES		S/S Telagh	S/S Sfisef S/S Ben Badis	CHU Sidi Bel Abbès EHS psy Sidi Bel Abbès S/S Sidi Bel Abbès
ANNABA			EHS Seraïdi EHS El Bouni S/S Chetaïbi S/S El Hadjar	CHU Annaba EHS psy Errazi S/S Annaba
GUELMA		S/S Bouchegouf S/S Ain Larbi	S/S Guelma S/S Oued Zenati	
CONSTANTINE				CHU Constantine EHS psy Djebel Ouhch Clinique Erriad EHS Sidi Mabrouk EHS Daksi S/S Constantine S/S El Kherroub S/S Zighoud Youcef
MEDEA		S/S Berrouaghia S/S Ksar El Boukhari S/S Ain Boucif S/S Béni Slimane S/S Tablat	S/S Médéa	
MOSTAGANEM			S/S Aïn Tadeless	S/S Mostaganem S/S Sidi Ali EHS psy Mostaganem
M.SILA		S/S Sidi Aïssa S/S Ain El Melh S/S Boussaâda	S/S M'Sila	
MASCARA		EHS Bouhnifia	S/S Mascara S/S Tighenif S/S Ghriss S/S Mohammadia S/S Sig	
OUARGLA		S/S Ouargla S/S Hassi Messaoud S/S Touggourt S/S El Hadjira		

WILAYAS	REGIONS I 1 an	REGIONS II 2 ans	REGIONS III 3 ans	REGIONS IV 4 ans
ORAN				CHU Oran EHS Oran EHS psy Sidi Chami EHS Emir Abdelkader Clinique Ophtalmique EHS Canastel S/S Oran Est S/S Oran Ouest S/S Arzew S/S Ain Turk S/S Es-Senia
EL BAYADH		S/S El Bayadh S/S Lebiodh Sidi Cheikh		
ILLIZI	S/S Illizi S/S Djanet			
BORDJ BOU- ARRERIDJ		S/S Medjana S/S Ras El Oued	S/S Bordj Bou Arréridj	
BOUMERDES			S/S Bordj Ménaïel S/S Dellys	S/S Boumerdès
EL TARF		S/S Dréan S/S Bouhadjar	S/S El Kala S/S El Tarf	
TINDOUF	S/S Tindouf			
TISSEMSILT		S/S Tissemsilt S/S Teniet El Had S/S Bordj Bounaama		
EL OUED		S/S El Oued S/S Meghaïer		
KHENCHELA		S/S Khenchela S/S Kais S/S Cherchar		
SOUK AHRAS		S/S Souk Ahras S/S Sedrata		
TIPAZA			S/S Gouraya	S/S Tipaza S/S Cherchell S/S Koléa
MILA		S/S Ferdjioûa	EHS Psy Oued Athmania S/S Mila S/S Chelghoum El Aid	
AIN DEFLA		S/S Miliana S/S El Attaf	S/S Ain Defla S/S Khemis Miliana	
NAAMA		S/S Naâma (Mechria) S/S Ain Sefra		
AIN TEMOUCHENT			S/S Hammam Bou Hadjar S/S Beni Saf	EH Ain Temouchent S/S Ain Temouchent
GHARDAIA	S/S El Ménia	S/S Ghardaia S/S Guerrara S/S Metlili		
RELIZANE			S/S Relizane S/S Oued Rhiou S/S Mazouna	

# Retraite

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

Ministère du Travail et la de Protection Sociale

Le Ministre

N° 002

LE 11 AVR 1995

LETTRE CIRCULAIRE  
A MESIEURS /  
LES DIRECTEURS CENTRAUX  
LES DIRECTEURS DES ETABLISSEMENTS  
ET ORGANISMES SOUS TUTELLE

**OBJET : Application des dispositions législatives et réglementaires régissant les Moudjahidine en matière de retraite**

Il a été porté à ma connaissance le non respect des dispositions législatives et réglementaires régissant la mise à la retraite des agents ayant la qualité de Moudjahidine.

En effet certaines administration et établissements publics ont prononcé de manière unilatérale des mises à la retraite alors que selon les normes édictées par la loi 83-12 du 02 juillet 1983( art 24 alinéa 2) relative à la retraite et la circulaire N° 1 M.S.A.S du 10 Novembre 1991 prise pour son application, la réduction d'âge (55 ans au lieu de 60 ans) comme la possibilité de mise à la retraite avec jouissance immédiate lorsque le taux de pension peut atteindre 100%, ne constituent en tout état de cause qu'une faculté offerte au moudjahid qui doit demander personnellement à en bénéficier

Aussi l'attention de l'ensemble des responsables concernés des structures et établissements de mon département ministériel est attirée sur la nécessité d'une application stricte de ces règles.

En tout état de cause, je vous signale que l'organisme chargé de la gestion du système de retraite a reçu les instructions utiles pour rejeter toute demande de mise à la retraite, pour un bénéficiaire ayant la qualité de moudjahid qui s'avérera non conforme à la présente circulaire.

Le Ministre du Travail et de la Protection Sociale

**M. LAICHOUBI**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**DIRECTION DES PERSONNELS**  
**ET DE LA REGLEMENTATION**

INSTRUCTION N° 220 /MSP/DPR/ DU 17 FEV 1996

MM. – Les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale

- Les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires
- Le Directeur Général de L'E. N. S. P.
- Le Directeur Général de L'I. N. S. P.
- Les Directeurs des Secteurs Sanitaires et des Etablissements Hospitaliers

Spécialisés

- Les Directeurs des Ecoles de Formation Paramédicale.
- Le Directeur Général du Laboratoire National de Contrôle des produits pharmaceutique.

**Objet:** **Mise à la retraite des travailleurs atteints par la limite d'âge**

**REF\_** : Loi N° 83-12 du 02 juillet 1983 relative à la retraite

En application de la loi citée en référence, il vous est demandé de procéder à la mise à la retraite, dans le strict respect des dispositions législatives et réglementaires, des travailleurs atteints par la limite d'âge.

La totalité des agents de l'Etat remplissant les conditions légales doivent être mis à la retraite avant le 31 Mars 1996.

Cette mise à la retraite doit s'appliquer sans aucune exception à tous les travailleurs concernés. Leurs dossiers doivent être adressés, impérativement et dans les plus brefs délais, à la caisse générale des retraites qui est tenue de les finaliser dans un délais de soixante (60) jours à partir de la date du dépôt.

Je vous demande de m'adresser un état des agents de votre établissement qui sont mis à la retraite avant le 25 Mars 1996.

J'attache une grande importance à l'application rigoureuse de la présente instruction et le respect du délai imparti. Je vous demande de me saisir sur toute difficulté rencontrée.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

Ministère Délégué auprès du Chef  
du Gouvernement Chargé de la  
Réforme Administrative et de  
La Fonction Publique

Ministère du Travail, de la Protection  
Sociale et de la Formation  
Professionnelle

Ministère des Finances

**Instruction interministérielle n° 64 du 24 juin 1996 relative aux modalités de mise à la retraite.**

Madame et Messieurs  
les Membres du Gouvernement

**OBJET :** Application des dispositions de la loi n° 83-12 du 02 Juillet 1983 relative à la retraite notamment les articles 6 et 10.

**REF :** - Circulaire interministérielle n° 7518 du 13 Septembre 1987 relative à la mise à la retraite des travailleurs atteints par la limite d'âge.  
- Circulaire n° 1 MTAS du 10 Novembre 1991 portant application des lois de sécurité sociale notamment son titre IV Chapitre .I Paragraphe 4.

Dans le souci d'harmoniser la remise en œuvre des dispositions de la loi n° 83-12 du 02 Juillet 1983 relative à la retraite et notamment ses articles 6 et 10, la présente instruction a pour objet de rappeler à l'ensemble des organismes employeurs les conditions d'application, en vue de préciser les modalités de mise à la retraite des travailleurs.

**1- Les conditions de mise à la retraite :**

La loi n° 83-12 du 02 Juillet 1983 sus visée stipule que, pour bénéficier de l'ouverture des droits à pension , le travailleur doit remplir les deux conditions suivantes :

être âgé de soixante (60) ans

avoir exercé pendant au moins quinze (15) ans .

Aux termes de cette législation, il appartient à tous les organismes employeurs d'engager la procédure de mise à la retraite sans avoir à exiger des travailleurs la production d'une demande de départ à la retraite .

**1-1 Constitution du dossier**

La législation en vigueur oblige l'organisme employeur de constituer le dossier de la retraite du travailleur des que celui-ci satisfait aux conditions prévues par la loi n° 83-12 du 07 Juillet 1983 susvisée.

A cet égard et pour permettre une plus grande célérité dans l'instruction des dossiers de retraite , le gestionnaire est tenu d'élaborer un état provisionnel annuel et pluriannuel de l'ensemble des personnels appelés à faire valoir leurs droits à la retraite .

Cet état provisionnel devra être rigoureusement suivi par le gestionnaire et constituera une référence lors de la procédure d'ouverture et de renouvellement des postes budgétaires prévue par l'instruction interministérielle n° 1273 du 30 Décembre 1995.

**1-2 Dépôt du dossier**

les dossiers de demande de retraite doivent être déposés, indistinctement par l'employeur auprès de l'agence relevant de la caisse nationale.

A cet effet la caisse nationale des retraites devra prendre toutes les dispositions nécessaires afin que les dossiers , légalement constitués soient finalisés a des soixantes (60) jours qui suivent la date de leur dépôt .

La loi n° 83-12 du 02 juillet 1983 dans ses articles 10 et 24 a prévu des conditions particulières qui appellent les précisions suivantes.

**2- Cas des Moudjahidine**

Les Moudjahidine peuvent , sur leur demande, être admis à la retraite avant l'âge limite prévu par la législation en vigueur .

En effet la loi n° 83-12 du 02 juillet 1983 relative à la retraite dispose en son article 24 alinéa 2.

« les Moudjahidine totalisant un certain nombre d'annuités ouvrant droit au moudjahidine d'une pension de retraite égale à 100% du salaire de poste mensuel, peuvent demandé être mis à la retraite .....nonobstant les conditions d'âge ».

En conséquence, les Moudjahidine ne peuvent être mis à la retraite contrairement par l'administration avant l'âge de soixante ( 60 ) ans .

**4- Travailleurs ayant moins de quinze (15) ans de service effectif**

En application de l'article 10 de la loi n° 83-12 du 02 juillet 1983 suscitée à l'organismes employeurs ne peuvent décider unilatéralement de mettre à la retraite les travailleurs atteints par la limite d'âge, mais ne réunissant pas les quinze (15) ans de travail exigées par la loi.

Dans cette situation , les gestionnaires devront maintenir en activité les travailleurs concernés en vue de leur permettre de bénéficier des droits à pension, tels que prévus par la législation en vigueur.

Il demeure entendu que les travailleurs maintenus en activité dans ce cadre ne peuvent se prévaloir de ces dispositions au delà de la limite d'âge de soixante cinq (65) ans.

Vous voudrez bien veiller à la stricte application des prescriptions de la présente instruction.

Le Ministre Délégué auprès du Chef  
du Gouvernement Chargé de la  
Réforme Administrative et de  
la Formation Publique

Le Ministre du Travail, de la Protection  
Sociale et de la Formation  
Professionnelle

Le Ministre des Finances



MADAME ET MESSIEURS LES MEMBRES  
DU GOUVERNEMENT

**INSTRUCTION N° 61 DU 08 DECEMBRE 1996**

**OBJET : Mesures relatives à la finalisation des dossiers de départs à la retraite.**

REFER : - Loi n° 83-12 du 02 Juillet 1983 relative à la retraite modifiée et complétée

par l'ordonnance n° 96-18 du 06 Juillet 1996.

- Instruction Interministérielle n° 64- du 24 Juin 1996 relative aux modalités  
de la mise à la retraite .

En application des dispositions de l'ordonnance n° 96-18 du 06 Juillet 1996 notamment son article 3 et des termes de l'instruction interministérielle du 24 juin 1996 , les dossiers des fonctionnaires et agents de l'Etat remplissant les conditions légales de mise à la retraite doivent être finalisés par les institutions et administrations publiques concernées au plus tard le 31 mars de chaque année.

Aussi , dans le souci de diligenter le traitement de ces dossiers pour l'année 1996 , j'ai l'honneur de vous rappeler les mesures arrêtées en Conseil de Gouvernement du 12 Novembre 1996 ou il a été décidé ce qui suit :

- Il est crée , au niveau central , un comité de suivi animé par les Services du Ministre Délégué Chargé de la Réforme Administrative et de la Fonction Publique et composé des services du Budget, ceux de la caisse nationale de retraite et du représentant de chaque institution et administration publique.

- Il est mis en place, au niveau local, un comité de suivi animé par les chefs d'inspections de la fonction Publique et composé des services du contrôleur financier, ceux de la caisse nationale de retraite et du représentant de chaque service extérieur .

A cet effet, l'ensemble des institutions et administrations publiques doivent désigner un responsable chargé de suivre les opérations de mise à la retraite et de participer aux travaux du comité de suivi.

Par ailleurs et en application de l'instruction interministérielle n° 1273 du 30 Décembre 1995 relative à la création, à la transformation et au renouvellement des postes budgétaires vacants par suite des départs à la retraite sauf dérogation expresse des Ministres chargés de la Fonction Publique et du Budget pour les postes dont le maintien est indispensable au fonctionnement des administrations concernées .

Je tiens , également , à rappeler que l'inobservation de la réglementation en vigueur et les retards dans l'instruction des dossiers de mise à la retraite induiraient systématiquement le gel de l'adoption des plans annuels de gestion des ressources humaines pour l'année 1997.

Aussi, je vous demande de prendre à ce sujet toutes les dispositions utiles en vue d'assurer une stricte application des prescriptions prévues par la présente instruction.

**Décret exécutif n° 98-317 du 11 Joumada Ethania 1419 correspondant au 3 octobre 1998 portant extension de la  
retraite anticipée aux fonctionnaires des institutions et administrations publiques.**

Le Chef du Gouvernement.

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa2);

Vu l'ordonnance n° 66-133 du 2 Juin 1966 portant statut général de la fonction publique;

Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative à la retraite;

Vu le décret législatif n° 94-10 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994, instituant la retraite anticipée, notamment son article 2;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques;

Vu le décret présidentiel n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au 24 juin 1997 portant nomination du Chef du Gouvernement;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions de l'article 2 (alinéa 2) du décret législatif n° 94-10 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994, susvisé, le présent décret a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles les fonctionnaires des institutions et administrations publiques bénéficient

d'une mise à la retraite de façon anticipée durant une période pouvant atteindre dix (10) années avant l'âge légal d'admission à la retraite, tel que fixé aux articles 5, 6 et 7 de la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983 susvisée.

**Article 2 :** Les dispositions du présent décret sont applicables aux fonctionnaires des institutions et administrations publiques susceptibles de perdre leur emploi de façon involontaire pour raison de réajustements des niveaux de l'emploi pouvant être décidés par le Gouvernement.

**Article 3 :** Le nombre d'années d'anticipation, avant l'âge légal d'admission à la retraite, accordé aux fonctionnaires visés à l'article 2 ci-dessus, est déterminé en fonction du nombre d'années de travail ou assimilées validables au titre de la retraite dans les limites ci-après fixées :

- jusqu'à cinq (5) années pour les fonctionnaires réunissant un nombre d'années validables égal à 20 années au moins;
- jusqu'à six (6) années pour les fonctionnaires réunissant un nombre d'années validables égal ou supérieur à 22 ans;
- jusqu'à sept (7) années pour les fonctionnaires réunissant un nombre d'années validables égal ou supérieur à 24 années;
- Jusqu'à huit (8) années pour les fonctionnaires réunissant un nombre d'années validables égal ou supérieur à 26 années;
- jusqu'à, neuf (9) années pour les fonctionnaires réunissant un nombre d'années validables égal ou supérieur à 28 années;
- jusqu'à dix (10) années pour les fonctionnaires réunissant un nombre d'années validables égal ou supérieur à 29 années.

**Article 4 :** Pour bénéficier de la mise à la retraite anticipée, les fonctionnaires visés à l'article 2 ci-dessus, doivent justifier des conditions ci-après :

1°) Etre âgés d'au moins 50 ans s'ils sont de sexe masculin et de 45 ans au moins s'ils sont de sexe féminin;

2°) Réunir un nombre d'années de travail ou assimilées validables au titre de la retraite égal à 20 années au moins et avoir cotisé à la sécurité sociale pendant au moins 10 ans de façon pleine dont trois années précédant la fin de la relation de travail qui justifie et ouvre droit à une retraite anticipée;

3°) Figurer sur la liste nominative des fonctionnaires devant faire l'objet d'une mise à la retraite anticipée dûment visée par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

**Article 5 :** La liste nominative des fonctionnaires susceptibles de faire l'objet d'une mise à la retraite anticipée est établie par l'institution ou l'administration publique concernée, après avis de la ou des commissions paritaires compétentes.

**Article 6 :** Les mesures prises en application du présent décret sont soumises à l'approbation d'une commission *ad hoc* placée auprès de l'autorité chargée de la fonction publique et comprenant les représentants de l'institution ou l'administration concernée, et des ministères charges respectivement du travail et du budget.

Le règlement intérieur de la commission *ad hoc* est arrêté par l'autorité chargée de la fonction publique.

**Article 7 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 11 Joumada Ethania 1419 correspondant au 3 octobre 1998.

**Ahmed OUYAHIA.**

# **Formation des Personnels de Santé**

## Décret exécutif n° 96-92 du 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996 relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires

Le Chef du Gouvernement

Vu la Constitution et notamment ses articles 81-4 et 116 (Alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n° 71-78 du 3 décembre 1971 fixant les conditions d'attribution des bourses présalaires et traitement de stages et notamment son titre 3 ;

Vu la loi n° 91-05 du 16 janvier 1991, modifiée et complétée portant généralisation de l'utilisation de la langue arabe ;

Vu le décret n° 66-145 du 2 juin 1966 relatif à l'élaboration et à la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires, modifié et complété ;

Vu le décret n° 66-146 du 2 juin 1966 relatif à l'accès aux emplois publics et au reclassement des membres de l'ALN/OCFLN et l'ensemble des textes l'ayant modifié et complété ;

Vu le décret n° 69-52 du 12 mai 1969 édictant des mesures destinées à favoriser la formation et le perfectionnement des fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements et organismes publics ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques, notamment son article 52 ;

Vu le décret n° 87-209 du 8 septembre 1987 portant organisation de la planification et de la gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger ;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales, des wilayas, des communes, ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant ;

Vu le décret exécutif n° 90-170 du 2 juin 1990 fixant les conditions d'attribution des bourses et le montant des bourses ;

Vu le décret exécutif n° 92-09 du 9 janvier 1992 relatif aux modalités d'homologation des formations et d'évaluation des acquis professionnels ;

Vu le décret exécutif n° 94-61 du 25 Chaâbane 1414 correspondant au 7 mars 1994 portant application de l'article 36 de la loi n° 91-16 du 14 septembre 1991 relative au moudjahid et au chahid ;

Vu le décret exécutif n° 95-28 du 10 Chaâbane 1415 correspondant au 12 janvier 1995 fixant les avantages particuliers attribués aux personnels qualifiés de l'Etat, des collectivités locales et des établissements et organismes publics exerçant dans les wilayas d'Adrar – Tamenghasset – Tindouf et Illizi.

Vu le décret exécutif n° 95-123 du 2 Dhou El kaada 1415 correspondant au 29 avril 1995 fixant les attributions du directeur général de la fonction publique.

### **Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de définir les conditions, règles et modalités relatives aux actions de formation spécialisée préparant à l'accès aux emplois publics ainsi qu'au perfectionnement et recyclage des fonctionnaires relevant des institutions et administrations publiques

**Article 2 :** Les actions prévues à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus permettent en ce qui concerne respectivement :

1. la formation spécialisée :

l'occupation initiale d'un emploi public

l'accès à un corps ou grade supérieur pour les fonctionnaires en activité.

la préparation aux concours et examens professionnels.

2. le perfectionnement :

l'amélioration, l'enrichissement, l'approfondissement et la mise à jour des connaissances ou des aptitudes de base du fonctionnaire.

3. le recyclage :

l'adaptation à un nouvel emploi, compte – tenu soit de l'évolution des méthodes et des techniques, soit de changements importants dans l'organisation, le fonctionnement ou les missions du service.

**Article 3 :** Les institutions et administrations publiques sont tenues d'établir un plan sectoriel annuel ou pluriannuel de formation, de perfectionnement et de recyclage.

Dans ce cadre, l'autorité chargée de la fonction publique assure la planification et la coordination des actions de formation, de perfectionnement et de recyclage préparant à l'accès aux emplois publics ou à l'adaptation aux postes de travail, et ce, en fonction des objectifs et des besoins prioritaires du personnel des institutions et administrations publiques, compte tenu de l'évolution corrélative des qualifications administratives, techniques et des dotations budgétaires dégagées à cet effet.

**Article 4 :** Le plan de formation, de perfectionnement et de recyclage prévu à l'article 3 ci-dessus doit s'inscrire dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines.

Le plan visé à l'alinéa 1 ci-dessus a pour objet d'arrêter les actions de formation, de perfectionnement et de recyclage concernant le secteur d'activité considéré sur un ou plusieurs exercices budgétaires et notamment les actions relatives :

à la formation spécialisée,

au perfectionnement,

au recyclage,

il doit définir en outre :

le nombre de postes à pouvoir,

le nombre de fonctionnement ou agents publics concernés,

les postes de qualifications concernés,

le ou les établissements (s) de formation devant assurer les actions prévues ci-dessus.

**Article 5 :** Le plan sectoriel annuel ou pluriannuel de formation, de perfectionnement et de recyclage est adopté conjointement par l'institution ou l'administration concernée et l'autorité chargée de la fonction publique.

Le plan annuel ou pluriannuel est complété ou modifié selon les mêmes formes et procédures.

**Article 6 :** A l'issue de chaque année budgétaire, les services relevant de l'autorité chargée de la fonction publique procédant à une évaluation précise de l'exécution du plan annuel ou pluriannuel de formation, de perfectionnement et de recyclage de l'institution ou de l'administration publique concerné.

**Article 7 :** Il est institué, au niveau de chaque institution et administration publique, une commission chargée de la sélection des fonctionnaires appelés à suivre un cycle de formation de perfectionnement et de recyclage.

Dans ce cadre, la commission arrête une liste d'aptitude conforme aux conditions réglementaires et statutaires et définit des critères de sélection en rapport avec les qualifications professionnelles et l'évaluation professionnelle des fonctionnaires concernés.

Elle se compose comme suit :

l'autorité investie du pouvoir de nomination, président,

un membre élu de la commission des personnels, compétente à l'égard du corps ou grade concerné par la formation, membre.

La commission peut faire appel à toute personne qualifiée dont la consultation est jugée utile.

**Article 8 :** La liste des candidats admis à participer aux cycles de formation, de perfectionnement ou de recyclage doit faire l'objet d'une publicité par voie d'affichage au niveau de l'institution ou de l'administration publique concernée, au moins un (1) mois avant la date du début du cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage.

**Article 9 :** Les candidats non retenus pour participer à un cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage sont informés par l'administration concernée des motifs de rejet de leur candidature et peuvent, le cas échéant, introduire un recours dans un délai d'au moins dix (10) jours avant la date prévue pour le déroulement des cycles auprès d'une commission *ad-hoc* composée :

de l'autorité chargée de la fonction publique, président,

du représentant de l'administration concernée, membre,

d'un représentant élu de la commission des personnels du corps ou grade considéré membre

la commission étudie également tout autre recours se rapportant à l'inscription aux cycles de formation, de perfectionnement et de recyclage, statue sur bien-fondé du recours en question, et prend des dispositions qui s'imposent avant la date de déroulement des cycles.

**Article 10 :** L'organisation des cycles de formation, de perfectionnement ou de recyclage donnant accès aux emplois publics des institutions et administrations publiques est fixée :

par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique, pour les emplois relevant des corps communs aux institutions et administrations publiques.

Par arrêté conjoint du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique pour les emplois relevant des corps spécifiques aux différentes institutions et administrations publiques.

**Article 11 :** Les arrêtés visés à l'article 10 ci-dessus doivent préciser notamment :

le ou les grade (s) pour le ou lesquels est ouvert le cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage.

Le nombre de places offertes conformément au plan de gestion annuel des ressources humaines adopté au titre de l'exercice budgétaire considéré.

Les conditions statutaires d'admission aux différents cycles,

La nature des bénédictions dont peuvent bénéficier certains candidats en vertu de la législation et de la réglementation en vigueur.

Les dates d'ouverture et de clôture des inscriptions,

La durée des cycles, les lieux et la date de leur déroulement ainsi que la forme alterné ou continue du cycle,

La nature, le nombre, la durée, les coefficients et les notes éliminatoires des épreuves aux programmes des cycles,

Le volume horaire (global ou par matière enseignée),

Les modalités de contrôle du déroulement des cycles précités et de leur suivi.

**Article 12 :** L'arrêté prévu à l'article 11 ci-dessus est publié au moins trois (3) mois avant la date du début du cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage, par tout moyen approprié en direction des candidats.

**Article 13 :** Les programmes des cycles de formation, de perfectionnement ou de recyclage sont arrêtés :

par l'autorité chargée de la fonction publique pour l'accès aux corps communs aux institutions et administrations publiques, conjointement par le ministre concerné et l'autorité chargée de la fonction publique pour l'accès aux corps spécifiques au secteur concerné.

**Article 14 :** Les actions de formation, de perfectionnement ou de recyclage des fonctionnaires peuvent, selon les corps et grades, être réalisées sous forme alternée ou continue selon les cycles suivants :

cycles de courte durée lorsque la durée est inférieure ou égale à six ( 6 ) mois

cycles de moyenne durée lorsque la durée est supérieure à six (6) mois et égale ou inférieure à une (1) année.

Cycles de longue durée lorsque la durée est supérieure à une (1) année et égale ou inférieure à trois (3) années.

**Article 15 :** Les candidats externes admis à un cycle de formation spécialisée bénéficient de la bourse d'études dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 16 :** l'effectif maximum de fonctionnaires admis à un cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage ne peut excéder 15% de l'effectif réel du corps ou grade considéré.

**Article 17 :** Les fonctionnaires admis à participer à un cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage bénéficient dans leur organisme d'origine :

dans la limite de deux (2) années du salaire de base, de l'indemnité d'expérience professionnelle et des indemnités attachées à leur grade d'origine à l'exception des primes variables liées au rendement et aux performances.

Au cours de la troisième (3) année, du salaire de base et de l'indemnité d'expérience professionnelle attachés à leur grade d'origine.

**Article 18 :** Les actions de formation, de perfectionnement ou de recyclage sont assurées par :

les établissements publics de formation supérieure, pour les grades équivalents au moins à administrateur.

Les établissements publics de formation spécialisée ou professionnelle ou tout autre établissement assurant une formation homologuée conformément à la réglementation en vigueur pour les autres corps ou grades.

**Article 19 :** Les candidats admis à participer aux cycles de formation, de perfectionnement ou de recyclage sont soumis au règlement intérieur de l'établissement de formation.

**Article 20 :** L'établissement ayant assuré un cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage délivré :  
une attestation de formation pour les candidats ayant suivi ce cycle.

Une attestation de stage pour les candidats ayant suivi un cycle de perfectionnement ou de recyclage.

**Article 21 :** Les fonctionnaires ayant suivi avec succès un cycle de formation spécialisée ouvrant à l'accès à un emploi public sont nommés en qualité de stagiaires dans ce corps ou grade.

En cas d'échec, les intéressés sont réintégrés dans leur corps ou grade d'origine.

**Article 22 :** Les candidats externes ayant suivi avec succès un cycle de formation spécialisée sont nommés en qualité de stagiaires et sont affectés selon les besoins du service et en fonction de leur ordre de mérite.

**Article 23 :** Tout bénéficiaire d'une formation spécialisée ayant interrompu son cycle de formation ou ayant fait l'objet d'une mesure d'exclusion ou n'ayant pas rejoint son poste d'affectation à l'issue de la formation dans un délai d'un (1) mois à compter de la date de la notification de la décision d'affectation ou ayant quitté l'administration avant l'expiration de la période fixée à l'article 26 ci-dessous, est tenue de reverser l'intégralité des frais occasionnés par la formation.

**Article 24 :** Le fonctionnaire ne peut bénéficier que d'un seul cycle de formation spécialisée au cours de sa carrière professionnelle.

**Article 25 :** Les fonctionnaires ayant subi un échec à l'examen final d'un cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage ne peuvent être admis à participer à un nouveau cycle qu'après deux (2) années.

Toutefois, l'autorité investie du pouvoir de nomination peut, sur proposition du jury de l'examen final, accorder une dérogation à cette condition au profit du fonctionnaire concerné, compte-tenu de son évaluation pédagogique pendant le déroulement du cycle de formation de perfectionnement ou de recyclage.

**Article 26 :** Tout candidat ayant suivi un cycle de formation spécialisée destinant à l'occupation initiale d'un emploi public est astreint à servir l'administration pendant :

- deux (2) ans, au moins lorsque la durée de la formation est inférieure à une (1) année.

-trois (3) ans par année de formation, sans que ladite période ne soit supérieure à sept (7) ans

**Article 27 :** Les fonctionnaires ayant suivi avec succès un cycle de formation spécialisée de perfectionnement ou de recyclage bénéficient de l'un des avantages suivants :

1- pour les cycles de formation spécialisée :

Promotion de corps ou de grade dans les conditions prévues par le statut particulier régissant ce corps ou grade.

2- pour les cycles de perfectionnement et de recyclage :

\* en ce qui concerne les cycles de courte durée :

une inscription à titre préférentiel sur la liste d'aptitude pour la promotion au choix.

Une réduction d'ancienneté pour l'avancement d'échelon ou pour la promotion au choix, égale à la durée du cycle, sans que cette durée ne soit inférieure à un (1) mois.

Une proposition à une promotion par voie de qualification professionnelle.

\* en ce qui concerne les cycles de moyenne durée l'octroi d'un échelon supplémentaire.

Une inscription à titre préférentiel sur la liste d'aptitude pour la promotion au choix.

Une proposition à une promotion par voie de qualification professionnelle.

Une réduction d'ancienneté pour l'avancement d'échelon ou pour la promotion au choix, égale à la durée ne soit inférieure à un (1) mois.

**Article 28 :** Dans le cas où le cycle de formation, de perfectionnement ou de recyclage des fonctionnaires ne s'inscrit pas dans les attributions principales de l'établissement public d'accueil, les frais y afférents sont à la charge de l'institution ou de l'administration publique concernée.

**Article 29 :** Des instructions conjointes du ministre chargé du budget et de l'autorité chargée de la fonction publique préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent décret.

**Article 30 :** Les dispositions du titre 3 de l'ordonnance n° 71-78 du 3 décembre 1971 et celles du décret n° 69-52 du 12 mai 1969 susvisée sont abrogées.

**Article 31 :** la formation et le perfectionnement à l'étranger demeurent régis par les dispositions du décret n° 87-209 du 8 septembre 1987 susvisée.

**Article 32 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996

**Ahmed OUYAHIA**

**Décret exécutif n° 04-17 du 29 Dhou El Kaada 1424 correspondant au 22 janvier 2004 modifiant  
et complétant le décret exécutif n° 96-92 du 14 chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996  
relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires**

Le Chef du Gouvernement

Vu la Constitution et notamment ses articles 85-4° et 125 (Alinéa 2) ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-92 du 14 chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996 relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions du décret exécutif n° 96-92 du 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996, susvisé.

**Article 2 :** - L'article 11 du décret exécutif n° 96-92 du 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996, susvisé, est modifié comme suit :

« Art. 11. – Les arrêtés visés à l'article 10 ci-dessus doivent préciser notamment :

- les conditions statutaires d'admission aux différents cycles ;
- la nature des bonifications dont peuvent bénéficier certains candidats en vertu de la législation et de la réglementation en vigueur ;
- la durée du cycle, les lieux de son déroulement ainsi que la forme alternée ou continue du cycle ;
- la nature, le nombre, la durée, les coefficients et les notes éliminatoires des épreuves prévues aux programmes des cycles ;
- les modalités de contrôle du déroulement des cycles précités et de leur suivi. »

**Article 3 :** Le décret exécutif n° 96-92 du 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996, susvisé, est complété par l'article 11 bis, rédigé comme suit :

« Art 11 bis. – L'ouverture des cycles de formation spécialisé, de perfectionnement et de recyclage est prononcée par arrêté de l'autorité ayant pouvoir de nomination, qui doit préciser notamment :

- les corps ou les grades concernés par les cycles de formation, de perfectionnement et de recyclage ;
- le nombre de places offertes au plan sectoriel de formation, de perfectionnement et de recyclage adopté au titre de l'année considéré ;
- les dates d'ouverture et de clôture des inscriptions ;
- la date de démarrage des cycles ;
- la durée des cycles et le lieu de leur déroulement.

Une ampliation de l'arrêté sus-mentionné doit faire l'objet d'une notification à l'autorité chargée de la fonction publique dans un délai d'un (1) mois à compter de la date de sa signature. »

**Article 4 :** L'article 12 du décret exécutif n° 96-92 du 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996, susvisé, est modifié comme suit :

« Art 12. – L'arrêté prévu à l'article 11 bis ci-dessus est publié au moins un (1) mois avant la date du début du cycle, par voie de presse et/ou d'affichage sur les lieux de travail relevant de l'institution ou de l'administration concernée ».

**Article 5 :** L'article 31 du décret exécutif n° 96-92 du 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996, susvisé, est modifié et complété comme suit :

« Art 31. – Les actions de formation et de perfectionnement à l'étranger des fonctionnaires doivent être inscrites au plan sectoriel de formation de l'administration ou de l'institution concernée ».

**Article 6 :** Sont abrogées les dispositions de l'article 24 du décret exécutif n° 96-92 du 14 Chaoual 1416 correspondant au 3 mars 1996, susvisé.

**Article 7 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 29 Dhou El Kaada correspondant au 22 janvier 2004.

**Ahmed OUYAHIA**



Messieurs les Secrétaires Généraux des Ministères  
en communication à : Madame et Messieurs les Chefs d'Inspection de la Fonction Publique

## Circulaire n°263/SP/DGFP/99 du 09 Août 1999, relative aux indications accordées dans le cadre de l'organisation de cycles de formation, de perfectionnement et de recyclage.

**Références:** - Décret exécutif n°96/92 du 3 Mars 1996 relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires.

-Décret n° 95-126 di 29 Avril 1995, modifiant et complétant décret n°66-145 du 2 Juin 1996 relatif à l'élaboration et à la modification de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires.  
-Circulaire n°01/SP/MDRAFP du 06 Juin 1998, relative aux plans annuels et pluriannuels de formation, de perfectionnement et re recyclage.  
-Instruction interministérielle n°253 du 27 Juillet 199 relative aux relations fonctionnelles entre les services de la Fonction Publique et les services du Budget en matière d'adoption des plans sectoriels annuels pluriannuels de formation, perfectionnement et recyclage des fonctionnaires.

Dans ce cadre de la valorisation des ressources humaines au sein des institutions et administrations publiques, le décret exécutif n°96-92 du 3 Mars 1996 sus-visé, a consacré un dispositif réglementaire incitatif notamment en matière d'organisation de cycles de formation spécialisée, de perfectionnement et de recyclage en faveur des fonctionnaires.

Dans cet ordre d'idée, il a été prévu que les plans sectoriels annuels et pluriannuels de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires les prévisions en matière de :

formation spécialisée exigée par les statuts particuliers régissant certains corps de fonctionnaires pour :

l'occupation initiale d'un emploi public,

l'accès à un corps ou grade supérieur pour les fonctionnaires en activité,

cycles de perfectionnement visant à l'amélioration, l'enrichissement, l'approfondissement et la mise à jour des connaissances ou des aptitudes de base du fonctionnaire.

les actions de recyclage devant permettre l'adaptation à un nouvel emploi, compte-tenu soit de l'évolution des méthodes et des techniques, soit de changements importants dans l'organisation, le fonctionnement ou les missions du service.

A cet effet, il y a lieu de préciser que les actions de formation spécialisée, de perfectionnement ou de recyclage des fonctionnaires peuvent, selon les corps et grades, être réalisées ou forme alternée ou continue, à l'exception de la formation spécialisée pour l'occupation initiale d'un emploi public qui ne peut s'effectuer que sous la forme continue.

S'agissant de la durée propre à chacune des actions de formation, perfectionnement ou recyclage, celle-ci se présente comme suit :

- les cycles de longue durée, supérieurs à une (1) année et égaux ou inférieurs à trois (03) années, sont réservés à la formation spécialisée.

- les cycles de moyenne durée, supérieurs à six (6) mois et égaux ou inférieure à une (1) année, sont réservés aux actions de perfectionnement.

- les cycles de courte durée, inférieurs ou égaux à six (6) mois, sont réservés aux opérations de recyclage.

Au regard de ce qui précède et conformément à la réglementation en vigueur, les fonctionnaires suivi avec succès un cycle de formation spécialisée, de perfectionnement ou de recyclage bénéficiant de l'un des avantages suivants:

### **Pour les cycles de formation spécialisée :**

promotion de corps ou de grade dans les conditions prévues par le statut particulier régissant le corps ou grade en question.

### **Pour les cycles de perfectionnement :**

1 \* Lorsque la durée du cycle est égale au moins de 6 mois celle-ci donne droit à l'un des avantages suivants:

une inscription à titre préférentiel sur la liste d'aptitude pour la promotion au choix.

le bénéfice à titre préférentiel d'une promotion par voie de qualification professionnelle.

2 \* Lorsque la durée du cycle est supérieure à 6 mois et inférieure à 9 mois; celle-ci peut donner lieu à :

une réduction d'ancienneté pour l'avancement d'échelon ou pour une promotion au choix, égale à la durée du cycle.

3 \* Lorsque la durée du cycle est comprise entre 9 et 12 mois, celle-ci peut conférer l'un des avantages suivants :

l'octroi d'un échelon d'ancienneté pour la promotion au choix égale à la durée du cycle.

Les différents cycles de perfectionnement sus-mentionnés sont confirmés par des attestations établies pour chaque candidat par l'organisme ayant assuré l'opération.

### **Pour les recyclages :**

1\* Lorsque la durée du cycle est comprise entre 3 et 6 mois, celle-ci donne droit à l'un des avantages suivants :

le bénéfice à titre préférentiel d'une promotion par voie de qualification professionnelle.

la réduction d'ancienneté pour l'avancement d'échelon ou pour la promotion au choix, égale à la durée un cycle,

2 \* Lorsque la durée du cycle est inférieure à 3 mois, celle-ci confère l'un des avantages suivants :

Lorsque la durée du cycle est inférieure à 3 mois; celle-ci confère l'un des avantages suivants :

une inscription à titre préférentiel sur la liste d'aptitude pour la promotion au choix,

la réduction d'ancienneté pour l'avancement d'échelon ou pour la promotion au choix, égale à la durée du cycle.

Les actions de recyclage sus-mentionnées ont confirmées chaque candidat par des attestations établies par l'organisme ayant l'opération.

Vous voudrez bien prendre toutes les dispositions nécessaires de la stricte application des prescriptions contenues dans la circulaire.



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

CABINET

**Instruction ministérielle N° 002 du 18 FEV 1998 relative à la formation continue des personnels de santé**

La dimension prise par la formation continue des personnels de la santé, depuis quelques années, n'est pas le fruit du hasard. C'est le résultat d'une longue réflexion, qui a abouti à la réunion des éléments favorables à la mise en œuvre d'une politique de formation continue qui se veut ambitieuse et pragmatique.

Elle est inscrite, à l'instar d'autres domaines hautement stratégiques, comme axe prioritaire dans le plan d'actions du Ministère de la santé et de la population.

Le Secteur de la Santé, qui a pris une certaine avance sur les autres secteurs nationaux, a compris les enjeux stratégiques posés par la problématique de la formation continue des personnels de santé, en mobilisant les moyens, nécessaires et utiles, à son développement et à sa généralisation.

C'est ainsi, que sont, progressivement, mis en place les éléments de la stratégie de formation continue :

Création du Comité National de Formation Continue des Personnels de Santé en 1993 (Arrêté Ministériel n° 14 du 13 juin 1993)

Mise en œuvre des recommandations issues des séminaires régionaux qui ont regroupé les professionnels de la santé, les partenaires sociaux et les représentants du mouvement associatif qui ont fait des propositions sur les aspects organisationnel, réglementaire et financier de la formation continue.

Affectation de crédits spécifiques à la formation continue inscrits dans les budgets de toutes les structures de santé (460 Millions de Dinars ont été alloués, à cet effet, durant les années 1996 et 1997)

La documentation, en tant qu'outil d'accompagnement indispensable à la réalisation de la formation continue, a fait l'objet du même intérêt de la part de l'administration centrale, dans la mesure où des apports appréciables ont permis de dégager :

Plus de 115 Millions de Dinars, durant les années 96-97, pour financer les achats de livres et de moyens didactiques, et l'abonnement aux revues et périodiques.

Des crédits importants pour procéder à l'acquisition de plus de 34.000 livres et ouvrages scientifiques et techniques dans le domaine de la santé, au profit des professionnels de la santé (achat centralisé).

Des locaux, à l'échelle nationale, pour créer tout un réseau de centres de documentation à vocation nationale et / ou régionale.

Cet investissement considérable, consenti par le ministère de la santé et de la population, a été rendu possible, grâce à l'attention particulière et l'intérêt grandissant accordés par les pouvoirs publics à ce domaine important de la valorisation des ressources humaines.

Dans le schéma organisationnel, adopté par le secteur de la santé dans le cadre de la mise en œuvre des dispositifs de formation continue durant les deux exercices écoulés, nous avons tenu à privilégier l'approche régionale pour la prise en charge des raisons d'identification des besoins spécifiques, de coordination et de mobilisation des moyens humains et matériels pour la réalisation d'actions de formation communes pour le compte de plusieurs Wilayas, et de domiciliation des crédits destinés à financer les programmes de formation continue à caractères national et régional.

C'est un espace qui est appelé, dans un souci de cohérence et de pertinence des besoins exprimés par la base, à jouer un rôle, de plus en plus important, dans l'élaboration des plans régionaux de formation continue et dans la validation des plans initiés par les structures relevant de la région, à travers notamment les comités régionaux de formation continue qui seront créés prochainement à l'occasion de la réhabilitation du Comité National de la Formation Continue.

Ces comités régionaux de la formation continue seront aidés dans leur action par les bureaux de formation des D.S.P. et les cellules de formation continue installées au niveau des structures de santé. Une attention particulière doit être accordée à la quantité de la formation continue, en veillant notamment au choix judicieux des thèmes les plus adaptés aux réalités du terrain, aux spécificités locales et aux attentes des professionnels.

Le souci d'optimisation des moyens et de rationalisation des dépenses de formation, nous dicte le devoir de rechercher, en priorité, l'utilisation des structures, notamment les établissements de formation, relevant du secteur de la santé pour la réalisation des programmes de formation continue.

La raréfaction des ressources financières et l'accroissement des besoins nous imposent des choix, allant l'économie, la pertinence et la qualité de la formation à dispenser, sur la base de thèmes en rapport avec les priorités inscrites dans le programme sectoriel et celles commandées par les besoins ressentis localement.

Dans le domaine de la réglementation, le droit à la formation continue est consacré, actuellement par un texte réglementaire de portée nationale qui vient en dépit de certaines insuffisances, combler un vide juridique en matière de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires (le Décret exécutif n° 96-91 du 03 Mars 1996).

Le texte, cadre réglementaire de référence nationale, vient introduire deux éléments décisifs et majeurs qui devraient contribuer à dynamiser la formation continue dans tous les secteurs de formation.

1/ - l'élément prévisionnel qui se traduit par l'obligation faite à toute institution quelque soit niveau d'intervention (national, régional, wilaya et / ou local), d'élaborer un plan annuel de formation.

2/ - l'élément de motivation, qui doit être compris dans son sens large de facteur de valorisation et de progrès, permettant une actualisation des connaissances et des compétences et une meilleure maîtrise de la profession, et pas uniquement dans le sens de l'incitation matérielle et de l'évolution dans la carrière. L'agent qui ne fait pas l'effort de se former, en permanence, stage et / ou régresse professionnellement et socialement.

Le ministère de la santé, anticipant sur ces dispositions réglementaires a pris en charge, depuis 1995, ces préoccupations à travers notamment la diffusion de circulaires destinées à réglementer l'organisation et le financement de la formation continue des personnels de santé, sur la base des résultats de l'exploitation des plans de formation continue nationaux régionaux et locaux.

Le volet évaluation doit occuper une place importante du processus de formation, la nécessité de mesurer, objectivement et systématiquement, après chaque action de formation continue, les retombées des connaissances et compétences acquises sur le fonctionnement des services sanitaires et hospitalières, et partant, sur l'amélioration constante de la prise en charge de la santé des malades, doit être érigée en principe permanent, et doit faire l'objet d'une attention soutenue par l'ensemble des acteurs impliqués dans les différentes phases d'initiation, d'organisation, de suivi et de validation de la formation continue des professionnels de la santé.

C'est pour l'ensemble des considérations, énoncées plus haut, que l'objectif, assigné dès cette année, est de permettre à chaque membre de la grande famille des personnels de santé, de pouvoir bénéficier périodiquement d'une action de formation continue dans le cadre des différents programmes initiés aux niveaux national, régional ou local. C'est grâce à cette généralisation terme, des répercussions positives sur les comportements, les mentalités et les résultats professionnels de chacun de nous, pour le plus grand bénéfice de la santé de la population.

J'attache une attention particulière à l'application du contenu de la présente instruction qui doit être faire l'objet d'une diffusion générale par toutes les voies appropriées (affichage, réunions etc.....).

Monsieur le Secrétaire Général et le Directeur de la Formation sont chargés de veiller à l'exécution des présentes dispositions.

**Le Ministre de la Santé et de la Population**

الجزائر في 06/06/1998

A  
Mesdames et Messieurs  
Les membres du Gouvernement  
En communication a :  
- Messieurs les Walis  
- Madame et Messieurs les Chefs d'Inspection de la Fonction Publique

**Objet : Plan sectoriels annuels et pluriannuels de formation, de perfectionnement et de recyclage.**

Réfer : Décret exécutif n° 96-92 du 3 Mars 1996 relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires.

عل : Modèle de plan sectoriel annuel ou pluriannuel de formation, de perfectionnement et de recyclage.

Le décret exécutif n° 96-92 du 3 mars 1996 sus-visé, a défini les conditions et les modalités d'organisation des actions de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires.

En effet, dans toute Administration moderne, la formation administrative constitue un vecteur déterminant dans l'amélioration constante des qualifications professionnelles des fonctionnaires et l'adaptation permanente de leurs connaissances à l'évolution des tâches inhérentes aux différents emplois publics, en rapport avec le développement de la société.

C'est dans cette optique que le décret exécutif n°96-92 du 3 mars 1996 sus-mentionné a institué et consacré un cadre réglementaire approprié pour impulser les actions de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires, en vue de les doter des outils théoriques, méthodologiques et techniques leur permettant d'exercer efficacement les activités auxquelles ils sont destinés.

Aussi, la présente instruction a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre du décret exécutif n° 96-92 DU 3 MARS 1996 sus cité et notamment les conditions de mise en place et de gestion des plans sectoriels annuels ou pluriannuels de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires.

Dans ce cadre il convient de préciser que :

La formation spécialisée est destinée à l'occupation initiale d'un emploi public, ou à l'accès à un corps ou grade supérieur pour les fonctionnaires en activité, ainsi qu'à la préparation aux concours et examens professionnels.

Le perfectionnement vise à l'amélioration, l'enrichissement, l'approfondissement, la mise à jour des compétences professionnelles du fonctionnaire.

Le recyclage, a pour objectif d'adaptation d'un emploi public compte tenu de l'évolution des méthodes et des techniques, ou des changements importants intervenus dans l'organisation, le fonctionnement et les missions du service. Les actions de formation, de perfectionnement et de recyclage peuvent selon les corps ou grades considérés être organisées sous forme continue ou alternée, résidentielle ou sur site, en cycles de :

courte durée (intérieure à 6 mois)  
moyenne durée (entre 6 mois et 1 année)  
longue durée (entre 1 et 3 années)

Consistance des actions de formation, de perfectionnement et de recyclage

La programmation des cycles de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires devra avoir pour finalité d'assurer un bon fonctionnement de l'administration publique.

Dans cet ordre d'idée, la consécration de plans sectoriels annuels ou pluriannuels de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires, au niveau des institutions et administrations publiques, tel que prévu à l'article 3 du décret exécutif n° 96-92 du 3 mars 1996 sus-cité, s'inscrit dans l'objectif d'établir une étroite corrélation entre les missions dont elles sont investies et les moyens humains nécessaires à leur prise en charge adéquate, en termes quantitatif et qualitatif.

Dans un souci d'efficacité et afin d'assurer la cohérence dans les différentes actions de formation susceptibles d'être engagées par les différentes institutions et administrations publiques relevant d'un même secteur, les actions de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires seront dorénavant consacrées dans un document approprié dénommé « plan de formation, de perfectionnement et de recyclage » initié au niveau de l'administration centrale du secteur considéré.

Toutefois, bien que cette démarche vise à assurer une vision sectorielle, globale dans ce domaine, elle n'exclut nullement la possibilité d'individualisation des actions de formation, de perfectionnement et de recyclage dans des « plans » distincts pour les institutions et administrations publiques qui se caractérisent par une gestion spécifique, en raison de la nature de l'activité et / ou de l'importance des effectifs.

Par ailleurs, les actions de formations, de perfectionnement et de recyclage programmées dans les plans adoptés, peuvent faire l'objet d'une mise en œuvre au niveau de l'administration centrale ou des structures déconcentrées du secteur concerné.

Enfin, compte tenu de la situation particulière qui caractérise actuellement la gestion des ressources humaines des personnels communaux, la mise en œuvre des plans de formation précités au niveau de l'administration communale sera différée jusqu'à la mise en place des plans de gestion des ressources humaines qui en constituent une condition préalable.

la durée de ces actions (courte, moyenne et longue durée)

les postes de qualifications concernés

le ou les établissements de formation devant assurer les actions de formations prévues.

Les plans de formation seront établis conformément au modèle ci-joint en annexe qui se compose de :

\* quatre (4) tableaux permettant d'identifier respectivement :

- les cycles de formation spécialisée concernant les recrutements externes,
  - les cycles de formation spécialisée concernant la progression interne des fonctionnaires,
  - les actions de perfectionnement,
  - les actions de recyclage,
- \* un (1) tableau de consolidation de l'ensemble des actions de formations envisagées.

Les plans sectoriels sont soumis à l'approbation des services de la fonction publique en début d'exercice budgétaire et sont accompagnés obligatoirement d'un exposé des motifs justifiant les options retenues, les modalités et les crédits ouverts pour leur mise en œuvre ainsi que leurs implications aussi bien sur le secteur concerné que sur la carrière des fonctionnaires en relevant.

Il demeure entendu que les plans de formation sont complétés ou modifiés selon les mêmes formes et procédures.

4- Corrélation entre le plan annuel de gestion des ressources humaines et le plan sectoriel de formation de perfectionnement et de recyclage

Afin de leur permettre de produire leur plein effet tant sur la carrière du fonctionnaire que sur le fonctionnement de l'administration concerné, les actions de formation projetées doivent s'inscrire dans le cadre de la gestion prévisionnelle des ressources humaines.

A cet effet le plan sectoriel de formation, de perfectionnement et de recyclage devra être en concordance, au titre de l'exercice budgétaire considéré, avec le tableau n° 7 relatif aux actions de formation de perfectionnement et de recyclage des différents plans de gestion des ressources humaines des institutions et administrations publiques relevant du secteur concerné.

#### 5-Cadre de détermination de la consistance des actions de formations de perfectionnement et de recyclage :

La détermination de la consistance des actions de formation de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires, devra s'effectuer dans la limite des crédits alloués au titre de l'exercice considéré et des postes budgétaires disponibles, tel que prévu dans le fascicule budgétaire. En tout état de cause et dans le cadre de la rationalisation des effectifs de l'administration publique et de leur régulation en adéquation avec les besoins réels des institutions et administrations publiques, les services du budget et ceux de la fonction publique devront assurer une concertation préalable lors des discussions budgétaires, et ce conformément à l'instruction interministérielle n° 1273/MDB/DGFP du 30 décembre 1995.

Toutefois, il y a lieu de rappeler à cet égard qu'en application des dispositions de l'article 16 du décret exécutif n° 96-92 précité les effectifs des fonctionnaires admis à participer à un cycle de formation de perfectionnement ou de recyclage ne peut excéder 15 % de l'effectif réel du corps ou du grade considéré.

#### Modalités d'organisation des cycles de formation, de perfectionnement et de recyclage :

Dans un souci de cohérence globale, les plans de formations devront couvrir la durée complétée des différents cycles de formation, qui peuvent conformément aux dispositions de l'article 14 du décret exécutif n° 96-92 du 03 mars 1996 sus visé correspondre à un ou plusieurs exercices budgétaires.

Il convient de rappeler à cet égard que l'organisation, ainsi que les programmes des cycles de formation, de perfectionnement ou de recyclage donnant accès aux emplois publics devront faire l'objet :

d'un arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique pour les emplois relevant des corps communs des institutions et administrations publiques.

d'un arrêté conjoint du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique pour les emplois relevant des corps spécifiques aux différentes institutions et administrations publiques.

S'agissant particulièrement des arrêtés relatifs à l'organisation des cycles de formation, de perfectionnement et de recyclage, ceux – ci devront préciser notamment :

- les corps et grades concernés par les cycles de formation ;
- le nombre de places pédagogiques disponibles ;
- les conditions d'accès à la formation ;
- les formes d'organisation de la formation et sa durée ;
- les dates d'ouverture et de clôture des inscriptions ;
- l'établissement devant assurer la formation.

Ces arrêtés dans un souci de transparence et d'équité être publiés par tout moyen approprié au moins trois (03) mois avant la date du début du cycle de formation projetée.

#### 7 – Evaluation des actions de formation, de perfectionnement et de recyclage :

A l'issue de chaque exercice budgétaire, les services concernés relevant de l'autorité chargée de la fonction publique procéderont à une évaluation précise de l'exécution du plan annuel ou pluriannuel de formation, de perfectionnement et de recyclage du secteur concerné. Cette évaluation permettra notamment de relever les éventuelles contraintes ayant empêché la réalisation des programmes de formation envisagés, et de proposer les mesures nécessaires pour y remédier.

#### 8 – Délais de mise en œuvre du plan de formation de perfectionnement et de recyclage :

En vue d'assurer une mise en œuvre harmonieuse du dispositif réglementaire résultant du décret exécutif n° 96-92 du 03 mars 1996 susvisé, la consécration de l'ensemble des instruments prévus par le dispositif en question constitue une condition préalable. Il s'agit dans ce cadre, d'initier les arrêtés relatifs à l'organisation des cycles de formations, de perfectionnement et de recyclage, aussi que des arrêtés fixant les programmes y afférents

L'opération de finalisation de ces arrêtés devra s'effectuer au cours de l'année 1998, afin de permettre la mise en place des plans de formations, de perfectionnement et de recyclage au cours du mois de janvier 1999.

Aussi, appartient-il aux services gestionnaires de prendre dès à présent les mesures nécessaires pour rendre opérationnel ce dispositif à l'échéance prévue, conformément aux procédures et modalités prévues par la présente instruction.

Au regard de l'importance de cette opération et des ses implications sur le processus de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires au sein des institutions et administrations publiques, j'invite Mesdames et Messieurs les Membres du Gouvernement à y apporter une attention particulière.

Je vous prie de croire, Mesdames et Messieurs les membres du Gouvernement, à l'expression de ma parfaite considération.

**Décret exécutif n° 95-293 du 5 Jomada El Oula 1416 correspondant au 30  
septembre 1995 relatif aux modalités d'organisation des concours, examens  
et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 -4° et 116 (alinéa 2) ;

Vu la plate-forme portant consensus national sur la période transitoire ;

Vu la loi n° 91-05 du 16 janvier 1991 portant généralisation de l'utilisation de la langue arabe ;

Vu le décret présidentiel n° 94-92 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 4 Dhou El Kaada 1414 correspondant au 15 avril 1994, modifié et complété, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret n° 66-145 du 2 juin 1966, modifié et complété, relatif à l'élaboration et à la publication de certains actes à caractère réglementaire ou individuel concernant la situation des fonctionnaires ;

Vu le décret n° 66-146 du 2 juin 1966, modifié et complété, relatif à l'accès aux emplois publics et au reclassement des membres de l'ALN et de l'OCFLN ;

Vu le décret n° 71-43 du 28 janvier 1971 relatif au recul des limites d'âge pour l'accès aux emplois publics ;

Vu le décret n° 72-199 du 5 octobre 1972, modifié et complété, portant attribution d'avantages particuliers aux fonctionnaires de l'Etat, des collectivités locales et des établissements et organismes publics en service dans les wilayas de la Saoura des Oasis ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques et l'ensemble des statuts particuliers pris pour son application, notamment son article 36

Vu le décret exécutif n° 90-99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative à l'égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales des wilayas et des communes ainsi que des établissements publics à caractère administratif en relevant ;

Vu le décret exécutif n° 94-61 du 25 Ramadhan 1414 correspondant au 7 mars 1994 portant application de l'article 36 de la loi n° 91-16 du 14 septembre 1991 relative au moudjahid et au chahid ;

Vu le décret exécutif n° 95-28 du 10 Chaâbane 1415 correspondant au 12 janvier 1995 fixant les avantages particuliers attribués aux personnels qualifiés de l'Etat, des collectivités locales et des établissements et organismes publics exerçant dans les wilayas d'Adrar - Tamenghasset - Tindouf et Illizi.

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions de l'article 36 du décret n° 85-59 du 23 mars 1985 susvisé, le présent décret a pour objet de définir les règles communes applicables en matière d'organisation, d'ouverture et de déroulement des concours, examens et tests professionnels en vue de l'accès à l'ensemble des corps et grades de fonctionnaires des institutions et administrations publiques.

**Article 2 :** Le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels donnant accès aux corps et grades des institutions et administrations publiques est fixé :

— par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique, pour les emplois relevant des corps communs aux institutions et administrations publiques,

— par arrêté conjoint du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique, pour les emplois relevant des corps spécifiques aux différentes institutions et administrations publiques.

**Article 3 :** Les arrêtés visés à l'article 2 ci-dessus doivent préciser notamment :

— la désignation des corps ou grades auxquels les concours, examens et tests professionnels ouvrent accès ;

— le ou les modes de recrutement, tel(s) que fixé(s) par le statut particulier régissant le corps ou grade considéré ;

— la nature, le nombre, la durée, les coefficients et les notes éliminatoires des épreuves d'admissibilité et d'admission définitive, la composition du dossier de candidature aux concours, examens ou tests professionnels ;

— les modalités de publicité.

**Article 4 :** Conformément aux règles générales d'organisation des concours, examens et tests professionnels fixées par les arrêtés prévus à l'article 3 ci-dessus, l'ouverture des concours, examens et tests professionnels est prononcée par arrêté ou décision de l'autorité ayant pouvoir de nomination ou par l'autorité de tutelle, selon le cas.

L'arrêté ou la décision d'ouverture des concours, examens ou tests professionnels doit préciser notamment :

— le ou (les) corps et grades pour lesquels sont ouverts les concours, examens et tests professionnels ;

— la nature du concours (sur titre ou sur épreuve) ;

— le nombre de postes budgétaires ouverts, conformément au plan de gestion annuel des ressources humaines adopté au titre de l'exercice considéré ;

— les conditions statutaires de participation aux concours, examens et tests professionnels ;

— les bonifications dont peuvent bénéficier certains candidats en vertu de la législation et de la réglementation en vigueur ;

— les dates d'ouverture et de clôture des inscriptions, et éventuellement le nombre de sessions ;

— le lieu et l'adresse de dépôt des dossiers de candidatures ;

— le lieu et l'adresse de déroulement des épreuves ;

— les conditions et voies de recours éventuels des candidats non retenus pour participer aux concours, examens ou tests professionnels ;

— la composition du jury de sélection prévu ci-dessous.

L'arrêté ou la décision portant ouverture du concours sur titres doit préciser outre le titre ou le diplôme exigé pour la participation au concours, les critères de sélection ci-dessous énumérés, dans l'ordre de priorité suivant :

— l'adéquation du profil de la formation du candidat avec les exigences du corps ou du grade ouvert au concours ; -

— la formation de niveau supérieur au titre du diplôme exigé pour la participation au concours ;

— les travaux et études réalisés, le cas échéant ;

— l'expérience professionnelle ;

— les résultats de l'entretien avec un jury de sélection.

**Article 5 :** Une ampliation des arrêtés ou décisions prévus aux articles 3 et 4 ci-dessus, doit faire l'objet d'une notification à l'autorité chargée de la fonction publique au niveau central ou local, selon le cas, dans un délai de dix (10) jours à compter de la date de leur signature.

L'autorité chargée de la fonction publique est tenue dans un délai maximum de quinze (15) jours d'émettre un avis sur les arrêtés ou décisions prévus à l'alinéa ci-dessus.

**Article 6 :** Les arrêtés ou décisions d'ouverture des concours, examens et tests professionnels doivent être publiés sous forme d'avis, par voie de presse écrite notamment, pour les corps équivalents au moins au grade d'assistant administratif principal. Pour les autres corps la publicité est effectuée par affichage au niveau des agences de l'emploi ou par tout autre moyen approprié.



**Article 7 :** Les dossiers de candidatures doivent être consignés dans l'ordre chronologique de réception sur des registres *ad hoc* ouverts auprès des institutions et administrations publiques concernées.

**Article 8 :** Les candidats retenus, pour participer aux concours, examens ou tests professionnels sont informés par l'administration concernée, soit par voie de convocation individuelle avec accusé de réception, soit par voie de publication ou d'affichage, sans exclure les modes de publicité appropriés, et ce, dans un délai de quinze (15) jours au moins avant la date prévue pour le déroulement des concours, examens ou tests professionnels.

**Article 9 :** Les candidats non retenus pour participer aux concours, examens ou tests professionnels sont informés par l'administration concernée des motifs de rejet de leur candidature et peuvent, le cas échéant, introduire un recours dans un délai d'au moins dix (10) jours avant la date prévue pour le déroulement des épreuves auprès d'une commission *ad hoc* composée :

- du représentant des services de la fonction publique, président ;
- du représentant de l'administration concernée ;
- d'un représentant élu de la commission des personnels du corps ou grade considéré.

La commission statue sur le bien fondé du recours, et prend les dispositions qui s'imposent avant la date de déroulement des épreuves;

**Article 10 :** Le déroulement des concours, examens ou tests professionnels doit s'effectuer dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de publication de l'arrêté ou de la décision y afférente.

Ce délai peut, le cas échéant, être réduit ou prorogé d'un (1) mois, après avis préalable de l'autorité chargée de la fonction publique.

Dans le cas où le déroulement des concours, examens ou tests professionnels n'a pu avoir lieu pour quelque motif que ce soit, dans un délai n'excédant pas les trois (3) mois, l'arrêté ou la décision d'ouverture des concours, examens ou tests professionnels devient *caduc*.

**Article 11 :** L'organisation du déroulement des concours sur épreuves et des examens professionnels est confiée aux établissements publics de formation spécialisée dont la liste est arrêtée :

- par l'autorité chargée de la fonction publique pour l'accès aux corps et grades communs aux institutions et administrations publiques ;
- conjointement par l'autorité chargée de la fonction publique et l'autorité de tutelle pour l'accès aux corps et grades spécifiques à l'administration concernée.

**Article 12 :** L'organisation du déroulement des tests professionnels pour l'accès aux corps et grades pour lesquels est prévu statutairement ce mode de recrutement relève de l'autorité ayant pouvoir de nomination.

**Article 13 :** Les candidats aux concours sur épreuves, examens ou tests professionnels sont astreints au respect du règlement intérieur de l'établissement, centre d'examen.

**Article 14 :** Le chef de l'établissement, centre d'examen, est chargé en liaison avec les services habilités de l'administration concernée de veiller notamment au bon déroulement des concours sur épreuves et des examens professionnels. A cet effet, ils désignent :

- une commission de choix des sujets pour l'ensemble des épreuves, des concours ou examens prévus à l'article 12 ci-dessus;
- les correcteurs des épreuves parmi les enseignants de l'établissement et/ou parmi les personnes présentant une qualification reconnue en rapport avec la nature des épreuves ;
- les membres du jury de l'épreuve orale.

**Article 15 :** Dans le cas des concours sur épreuves et examens professionnels, sont déclarés admis aux épreuves d'admissibilité, les candidats ayant obtenu une moyenne générale égale au moins à 10 sur 20 et n'ayant pas obtenu de note éliminatoire telle que prévue par l'arrêté visé à l'article 3 ci-dessus.

**Article 16 :** La liste des candidats déclarés admis aux épreuves d'admissibilité est arrêtée par le jury d'examen composé :

- de l'autorité ayant pouvoir de nomination ou de l'autorité de tutelle, selon le cas, ou son représentant dûment habilité, président ;
- du représentant du ou (des) centre(s) d'examen ;
- de deux (2) membres de la commission de choix de sujets tel que prévu à l'article 14 ci-dessus;
- de deux (2) correcteurs des épreuves.

La liste des candidats déclarés admissibles doit faire l'objet d'un affichage auprès du ou (des) centre (s) d'examen ou sur les lieux de travail.

**Article 17 :** Les candidats admis aux épreuves d'admissibilité sont convoqués dans un délai de quinze (15) jours au moins avant la date prévue pour le déroulement des épreuves d'admission définitive.

**Article 18 :** La liste d'admission définitive est fixée par ordre de mérite dans la limite des postes ouverts parmi les candidats, ayant obtenu une moyenne générale égale au moins à 10 sur 20, par un jury composé :

- de l'autorité ayant pouvoir de nomination ou de l'autorité de tutelle ou son représentant dûment habilité, président ;
- du représentant de l'autorité chargée de la fonction publique, membre ;
- d'un représentant élu de la commission des personnels compétente à l'égard du corps ou grade considéré, membre.

**Article 19 :** La liste des candidats admis au concours sur titre est arrêtée par ordre de mérite en application des dispositions de l'article 4 ci-dessus dans la limite des postes ouverts par un jury composé :

- de l'autorité ayant pouvoir de nomination ou de l'autorité de tutelle ou son représentant dûment habilité, président ;
- d'un représentant de l'autorité chargée de la fonction publique, membre ;
- d'un représentant élu de la commission des personnels compétente à l'égard du corps ou grade considéré, membre.

**Article 20 :** Le jury prévu aux articles 18 et 19 ci-dessus, dresse une liste d'attente dans les mêmes conditions que celles fixées à l'alinéa 1 des articles 18 et 19 précités, afin de pourvoir au remplacement des candidats admis déclarés défaillants.

La durée de validité des listes d'attente est de deux (2) mois à compter de la date de leur publication.

**Article 21 :** Les listes prévues aux articles 18, 19 et 20 ci-dessus, sont arrêtées par l'autorité ayant pouvoir de nomination ou l'autorité de tutelle, selon le cas, et doivent faire l'objet d'une publicité par les voies appropriées.

**Article 22 :** Les candidats définitivement admis aux concours, examens ou tests professionnels sont, selon le cas, soit nommés en qualité de stagiaires, soit admis à suivre une formation spécialisée prévue par les statuts particuliers des corps ou grades d'accueil.

**Article 23 :** Tout candidat admis à un concours sur épreuves, examens ou tests professionnels doit, pour sa nomination et affectation, se tenir à la disposition entière de l'administration et rejoindre le poste qui lui est attribué dans un délai d'un (1) mois à compter de la date de notification de la décision d'affectation.

Passé ce délai, le candidat concerné est remplacé, selon le cas, soit par le candidat qui le suit immédiatement dans le classement, soit par le candidat figurant sur la liste d'attente suivant l'ordre de classement.

Le remplacement du candidat déclaré défaillant est prononcé par décision de l'autorité ayant pouvoir de nomination.

**Article 24 :** En vue de permettre la préparation des candidats aux concours et examens professionnels, les institutions et administrations publiques sont tenues d'élaborer les programmes de ces concours et examens professionnels.

Les programmes prévus ci-dessus sont adoptés :

- par arrêté de l'autorité chargée de la fonction publique pour l'accès aux corps et grades communs aux institutions et administrations publiques ;
- par arrêté conjoint du ministre concerné et de l'autorité chargée de la fonction publique pour l'accès aux corps et grades spécifiques au secteur concerné.

**Article 25 :** Une instruction de l'autorité chargée de la fonction publique précisera, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent décret.

**Article 26 :** Toutes dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

**Article 27 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 Jourmada El Oula 1416 correspondant au 30 septembre 1995.

Mokdad SIFI.

SERVICES DU MINISTRE DELEGUE  
AUPRES DU CHEF DU GOUVERNEMENT  
CHARGE DE LA REFORME  
ADMINISTRATIVE ET DE LA FONCTION  
PUBLIQUE

SERVICE DU MINISTRE  
DELEGUE AUPRES DU  
MINISTRE DES FINANCES  
CHARGE DU BUDGET

N° 174/MDB/99

**Instruction Interministérielle N° 01/SPM/99 du 21 Mars 1999 relative aux modalités  
d'organisation et de déroulement des concours, examens et tests professionnels.**

Mesdames, Messieurs,  
Les Membres du Gouvernement  
en Communication à Messieurs les Walis  
Madame et Messieurs les Chefs d'Inspections de la Fonction Publique  
Messieurs les Contrôleurs Financiers

Réf : - Décret exécutif n°95-293 du 30 Septembre 1995 relatif aux modalités d'organisation des concours, examens et tests professionnels au sein des Institutions et Administrations Publiques.

- Circulaire n° 105-SP-DG-DGFP du 5 août 1997

P.J : cinq (05)

Dans le cadre de l'application du décret exécutif n°95-293 du 30 septembre 1995 sus-visé, il a été relevé que certaines des dispositions de ce texte ne sont pas appliquées de manière uniforme par les différentes Institutions et Administrations Publiques qui organisent des concours, examens ou tests professionnels. Une telle situation a eu tendance à remettre parfois sérieusement en cause la crédibilité, la transparence et l'objectivité qui doivent prévaloir dans la mise en œuvre de ce dispositif réglementaire qui trouve son fondement dans le principe de l'égal accès aux emplois publics.

Aussi, dans le souci de lever toute ambiguïté ou interprétation erronée des dispositions réglementaires en question et en vue d'assurer une application homogène et harmonieuse de la réglementation en vigueur, il a paru nécessaire d'apporter certaines précisions quant aux modalités de mise en œuvre du cadre juridique régissant l'organisation et le déroulement des concours, examens et tests professionnels.

**1-Cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels :**

Le dispositif réglementaire prévu par les articles 2, 11 et 24 du décret exécutif n° 95-293 du 30 septembre 1995 devra être strictement respecté par chaque institution et Administration Publique pour ce qui concerne les arrêtés régissant le cadre d'organisation des concours, examens et tests professionnels.

La liste des établissements publics de formation spécialisée habilités à organiser les concours, examens et tests professionnels. Les programmes des concours, examens et tests professionnels.

Il y a lieu de préciser par ailleurs que les concours, examens ou tests professionnels peuvent être organisés soit par l'autorité ayant pouvoir de nomination, soit par l'autorité de tutelle, le cas échéant.

En effet, lorsque le nombre de postes budgétaires ouverts est très réduit et dans un souci d'assurer une meilleure rentabilisation des concours, examens et tests professionnels par réduction des coûts, l'autorité de tutelle peut se substituer aux institutions et administrations publiques qui en relève, et procéder au regroupement des concours, examens ou tests professionnels et leur organisation pour le compte des institutions et administrations publiques concernées.

Dans ce cas les arrêtés d'ouverture doivent préciser le nombre de postes budgétaires ouverts au titre de chaque institution ou administration publique concernée par le regroupement.

Cette procédure est subordonnée à l'accord préalable des services de la fonction publique.

**2- Notification des arrêtés ou décisions d'ouverture des concours, examens et tests professionnels.**

L'article 5 du décret n°95-293 du 30 septembre 1995 sus-visé fait obligation aux institutions et administrations publiques de notifier aux services centraux ou locaux de la fonction publique, selon le cas, les arrêtés ou décisions d'ouverture de concours, examens ou tests professionnels, dans un délai de 10 jours à compter de la date de leur signature, et ce, afin de permettre le contrôle de la régularité et de la conformité réglementaire de l'opération envisagée.

Dans la pratique, il ressort que ces documents ne sont pas toujours notifiés aux services de la fonction publique dans les délais prescrits ou parfois même ne sont pas notifiés du tout.

A cet égard, il y a lieu de souligner que l'absence de notification des documents en question dans les délais requis entraîne l'inopposabilité aux services de la fonction publique des procédures ultérieures engagées en la matière.

**3- Publicité des concours, examens et tests professionnels :**

La publicité relative à l'organisation des concours, examens ou tests professionnels devra impérativement s'effectuer selon les modalités prévues à l'article 6 du décret exécutif n° 95-293 du 30 septembre 1995 sus-cité, afin de porter l'information à la connaissance de l'ensemble des candidats potentiels.

A ce propos, la publicité des concours dans la presse écrite devra se faire dans deux quotidiens nationaux au moins en langue Arabe, et deux en langue française la publication devra s'étaler sur trois jours pas nécessairement consécutifs.

En tout état de cause, l'affichage des concours dans les locaux de l'Institution ou Administration Publique concernée ne peut en aucun cas se substituer à la publicité par voie de presse écrite.

La transgression de ces règles entraîne la non validation de l'opération.

#### **4- Examen des candidatures aux concours, examens et tests professionnels :**

Afin d'assurer une transparence et une équité complètes dans le traitement des candidatures aux concours, examens et tests professionnels, les dossiers des candidatures doivent, conformément aux dispositions de l'article 7 du décret exécutif n° 95-293 être consignés dans l'ordre chronologique de réception sur des registres Ad-hoc ouverts auprès de chaque Institution ou Administration Publique concernée.

Les candidats remplissant les conditions statutaires leur permettant de postuler à un concours, examen ou test professionnels doivent être obligatoirement convoqués dans des délais suffisants, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le registre Ad-Hoc des convocations prévu à cet effet, devra comporter le numéro et la date de chaque récépissé, attestant l'envoi de la convocation.

Quant aux candidats non retenus, ceux-ci devront être obligatoirement informés par lettre recommandée et dans des délais suffisants du motif de la non acceptation de leur candidature, tout en précisant les modalités et délais de recours éventuels.

Dans ce cadre, les recours susceptibles d'être effectués par les candidats en question devront être soumis à la commission des recours, dont les conclusions seront portées par écrit à la connaissance des requérants.

Le non respect de cette procédure est de nature à entraîner la non-validation des résultats définitifs.

#### **5- Constitution des dossiers de candidature :**

Les dossiers de candidature aux concours et test professionnels devront comporter l'ensemble des pièces ou documents prévus par l'arrêté d'ouverture.

En tout état de cause, le dossier de candidature devra comprendre obligatoirement les documents suivants :

Copie du diplôme certifiée conforme à l'original

Situation du candidat vis-à-vis du service National, telle qu'exigée par l'arrêté d'ouverture du concours et tests professionnels.

Extrait du casier judiciaire.

#### **6- Déroulement des concours, examens et tests professionnels :**

L'organisation du déroulement des concours sur épreuves, examens et tests professionnels doit être confiée aux établissements publics de formation spécialisée, dûment habilités, tel que prévu à l'article 11 du décret exécutif n° 95-293 du 30 septembre 1995 sus-cité.

A cet égard, la responsabilité des établissements en question est pleinement engagée quant au bon déroulement des concours, examens et tests professionnels, notamment en ce qui concerne :

L'anonymat des copies des épreuves écrites.

La confidentialité des corrections et de la notation des copies.

Aussi, les responsables des établissements publics en charge de ces opérations sont tenus de prendre toutes les mesures nécessaires, pour assurer la finalisation des concours, examens et tests professionnels dans le strict respect des dispositions réglementaires prévues en la matière.

Dans ce même ordre d'idées, les responsables des établissements précités devront veiller scrupuleusement au respect des prescriptions énoncées ci-après, au risque d'entraîner la non confirmation des résultats définitifs :

Lorsque les concours, examens ou tests professionnels comportent à la fois des épreuves écrites et des épreuves orales, ces dernières doivent être organisées au plus tard dans les deux mois qui suivent l'organisation des épreuves écrites.

Seuls les candidats ayant obtenu une moyenne générale égale au moins à 10 sur 20 seront déclarés admis définitivement, et ce, dans la limite des postes budgétaires ouverts au titre de l'exercice considéré.

Les notes obtenues par les candidats aux différentes épreuves (écrites et orales) devront leur être communiquées et faire l'objet d'un affichage.

Lorsque les matières des épreuves écrites ou orales sont assorties de coefficients, la moyenne générale est calculée en multipliant chaque note obtenue par le candidat par le coefficient correspondant et en divisant le total des notes par l'addition des différents coefficients.

#### **7- Déclaration des résultats finaux :**

dans le souci de permettre la mise en œuvre dans des délais suffisants des mesures d'accompagnement résultant de l'organisation des concours, examens et tests professionnels, ces derniers doivent être impérativement finalisés par la déclaration définitive des résultats, au plus tard le 30 Novembre de l'année budgétaire considérée.

Lorsque les statuts particuliers de certains corps prévoient pour les candidats admis au concours de recrutement, un cycle de formation spécialisée, la déclaration définitive des résultats du concours, devra s'effectuer, préalablement à la mise en formation, par le Jury prévu à cet effet. Le non respect de cette procédure entraîne la non confirmation de la période de formation, pour l'accès au grade considéré. La liste des candidats définitivement admis à un concours, examens ou test professionnels doit être établie par ordre de mérite dans la limite des postes budgétaires ouverts à cet effet.

7.2.1- Dans le cas d'un regroupement des opérations liées à l'organisation des concours ou tests professionnels concernant des recrutements externes initiés par plusieurs institutions et administrations publiques, l'ordre de mérite est établi en fonction de la moyenne générale et du classement de chaque candidat, dans la limite de l'ensemble des postes budgétaires ouverts à cet effet, au titre des institutions et administrations publiques concernées.

L'affectation des candidats s'effectue en priorité vers les administrations pour lesquelles ils ont postulé.

7.2.2- Dans le cas d'un regroupement des opérations liées à l'organisation des examens professionnels initiés par plusieurs Institutions ou Administrations Publiques, l'ordre de mérite s'effectue au titre de chaque Institution ou Administration Publique concernée et dans la limite des postes budgétaires ouverts à cet effet.

Avant la signature du procès-verbal du jury de déclaration des résultats finaux des concours, examens et tests professionnels, le représentant des services de la fonction publique devra vérifier scrupuleusement la conformité des procédures telle que précisée dans la circulaire n° 105/SP/DG/DGFP du 05 Août 1997 sus-visée.

La liste des candidats définitivement admis à un concours, examens ou test professionnels doit être affichée au niveau de l'établissement en charge de l'opération, immédiatement après la fin des délibérations du jury.

Les intéressés devront être impérativement installés dans leurs fonctions dans un délai n'excédant pas un (1) mois à compter de la date de signature du procès-verbal de proclamation définitive des résultats.

Ainsi, les arrêtés de nomination des candidats définitivement admis (à l'exception de ceux occupant des fonctions supérieures de l'état ou des postes supérieurs) prendront effet à compter de la date de leur installation.

Toutefois et afin d'assurer une gestion diligente de la carrière des intéressés, les services gestionnaires sont tenus de prendre les arrêtés de nomination les concernant, dans un délai n'excédant pas un (1) mois à compter de la date de leur installation.

#### **8- Postes budgétaires réservés aux concours, examens et tests professionnels :**

L'annualité des exercices budgétaires implique que les postes budgétaires réservés aux concours, examens et tests professionnels doivent être d'une part, prévus expressément dans le tableau n° 4 du plan annuel de gestion des Ressources Humaines de l'Institution et Administration Publique concernée, et d'autre part utilisés obligatoirement en cours de l'année budgétaire considérée.

A cet effet, il convient de souligner que les postes budgétaires occupés par des agents contractuels, devront être mis obligatoirement en compétition pour les concours externes. Les agents exerçant en qualité de contractuels participeront aux concours ou tests en question au même titre que Les candidats externes sous réserve toutefois qu'ils remplissent l'ensemble des conditions statutaires exigées à cet effet.

Lorsque parmi les candidats déclarés définitivement admis à un concours ou examen professionnel, figurent des candidats occupant régulièrement des fonctions supérieures de l'état ou des postes supérieurs tels que définis et régis par les textes réglementaires en vigueur ; Ceux-ci peuvent accéder au grade postulé, sans pour autant devoir procéder à l'affectation d'un poste budgétaire, compte tenu que les intéressés peuvent réintégrer leur grade d'origine même en surnombre.

Dans cet ordre d'idée, les postes budgétaires ainsi récupérés seront réservés aux autres candidats retenus par ordre de mérite dans la liste d'attente, établie dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 20 du décret exécutif n° 95-293 du 30 septembre 1995 sus-visé.

En tout état de cause, lorsque les concours, examens ou tests professionnels sont organisés par des Institution ou Administration Publique, conformément aux modalités et procédures réglementaires en vigueur, les postes budgétaires ouverts au titre de ces concours, examens ou tests professionnels sont caducs et ne peuvent être reconduits pour l'exercice budgétaire suivant.

#### **9- Modèles – type des documents relatifs à l'organisation des concours, examens ou tests professionnels :**

Dans le souci d'uniformiser les documents afférents à la manière, les modèles – type d'arrêtés ou de décisions portant ouverture de concours, examens ou tests professionnels ;

de procès-verbal de sélection des candidatures

de procès-verbal de déclaration définitive des résultats

Sont joints en annexe et devront servir de modèles de référence pour la formalisation de ces opérations.

Au regard de ce qui précède, je vous saurai gré de bien vouloir veiller à la stricte application des prescriptions de la présente instruction.

Le Ministre Délégué auprès  
du Chef du Gouvernement  
Chargé de la Réforme  
Administrative et de la Fonction Publique

Le Ministre Délégué auprès  
du Ministre des Finances  
Chargé du Budget.



**Décret exécutif n° 04-148 du 29 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 19 mai 2004 modifiant et complétant le décret exécutif n° 95-293 du 5 Joumada El Oula 1416 correspondant au 30 septembre 1995 relatif aux modalités d'organisation des concours, examens et tests professionnels au sein des institutions et administrations publiques.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret présidentiel n°04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 95-293 du 5 Joumada El Oula 1416 correspondant au 30 septembre 1995 relatif aux modalités d'organisation des concours, examens et tests

professionnels au sein des institutions et administrations publiques ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions du décret exécutif n° 95-293 du 5 Joumada El Oula 1416 correspondant au 30 septembre 1995, susvisé.

**Article 2** : L'article 10 du décret exécutif n° 95-293 du 5 Joumada El Oula 1416 correspondant au 30 septembre 1995, susvisé, est modifié comme suit :

"Art. 10. — Le délai d'organisation des concours, examens et tests professionnels sera fixé par instruction de l'autorité chargée de la fonction publique".

**Article 3** : L'article 14 du décret exécutif n° 95-293 du 5 Joumada El Oula 1416 correspondant au 30 septembre 1995, susvisé, est modifié, complété et rédigé comme suit :

"Art. 14. — Le chef de l'établissement, centre d'examen, est chargé en liaison avec les services habilités de l'administration concernée de veiller notamment au bon déroulement des concours sur épreuves, examens et tests professionnels. A cet effet, ils désignent :

— une commission de choix des sujets pour l'ensemble des épreuves, des concours sur épreuves, examens et tests professionnels prévus à l'article 13 ci-dessus".

(Le reste sans changement).

**Article 4** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 29 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 19 mai 2004.

**Ahmed OUYAHIA.**

**Décret exécutif n° 04-146 du 29 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 19 mai 2004 portant création,  
organisation et fonctionnement du comité interministériel de la formation dans les institutions et  
administrations publiques.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85 (1° et 4°) et 125 (alinéa 2);

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 04-138 du 6 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 26 avril 2004 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 03-190 du 26 Safar 1424 correspondant au 28 avril 2003 fixant les attributions du directeur général de la fonction publique, notamment son article 8 ;

Vu le décret exécutif n° 03-191 du 26 Safar 1424 correspondant au 28 avril 2003 portant organisation de la direction générale de la fonction publique ;

**Décète :**

**CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application de l'article 8 du décret exécutif n° 03-190 du 26 Safar 1424 correspondant au 28 avril 2003 susvisé, le présent décret a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement du comité interministériel de la formation dans les institutions et administrations publiques, désigné ci-après " le comité ".

**CHAPITRE II MISSIONS**

**Article 2** : Le comité est un organe de concertation et de coordination en matière de formation administrative. Il exerce les missions ci-après :  
— il propose les éléments de la politique nationale de formation dans les institutions et administrations publiques.

Dans ce cadre :

- il identifie les moyens et les besoins de la formation au sein des institutions et administrations publiques ;
- il identifie les outils et méthodes pédagogiques nécessaires à la formation et concourt à leur adaptation permanente aux besoins de l'administration ;
- il étudie et propose les éléments d'adaptation des programmes de formation aux besoins de l'administration ;
- il propose les instruments d'une utilisation optimale des capacités de formation en adéquation avec les besoins de l'administration ;
- il propose les éléments d'harmonisation des statuts des établissements de formation relevant des institutions et administrations publiques ;
- il recueille et exploite les données relatives à la programmation des actions de formation par les établissements chargés de la formation administrative ;
- il évalue périodiquement le système de formation administrative.

**Article 3** : Le président du comité présente au Chef du Gouvernement un rapport annuel sur la situation de la formation dans les institutions et administrations publiques, accompagné de recommandations de nature à moderniser le système de la formation administrative, à le rendre plus performant et à améliorer les qualifications professionnelles des fonctionnaires.

**CHAPITRE III  
ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT**

**Article 4** : Le comité est présidé par le directeur général de la fonction publique.

Il comprend :

— les directeurs chargés de la formation des ministères chargés :

\* des finances ;

\* de l'intérieur et des collectivités locales ;

\* de l'enseignement supérieur ;

\* de l'éducation nationale ;

\* de la formation professionnelle ;

\* de la santé ;

\* le directeur de l'école nationale d'administration.

Les responsables des établissements de formation spécialisée ainsi que les responsables des établissements d'enseignement et de formation supérieurs assurant des formations pour le compte des institutions et administrations publiques, participent aux travaux du comité pour l'évaluation et la programmation des actions de formation ainsi qu'à toute étude entrant dans le cadre des activités du comité.

Le comité peut inviter les directeurs chargés de la formation des autres départements ministériels dont la participation est jugée nécessaire à la conduite de ses travaux.

Le président du comité peut faire appel à toute personne dont la contribution est jugée utile pour les travaux du comité.

**Article 5** : Les membres du comité sont désignés pour un mandat de trois (3) ans par l'autorité chargée de la fonction publique sur proposition de l'administration dont ils relèvent.

Il est mis fin à leur mandat dans les mêmes formes.

En cas de cessation du mandat de l'un des membres, il est procédé à son remplacement dans les mêmes formes, le membre nouvellement désigné lui succède pour la période restant à courir.

**Article 6** : Les institutions, administrations et organismes publics sont tenus de mettre à la disposition du comité, à la demande de son président, tous documents, études, statistiques et renseignements nécessaires à la conduite de ses travaux.

**Article 7** : Le comité élabore et adopte son règlement intérieur.

**Article 8** : Le comité peut mettre en place des commissions techniques chargées de mener des travaux en rapport avec ses missions.

**Article 9** : Le secrétariat administratif et technique est assuré par les services de la direction générale de la fonction publique.

Il est chargé :

— de suivre la mise en œuvre des décisions du comité ;

— de préparer l'ordre du jour des réunions du comité ;

— d'établir les comptes rendus des réunions du comité ;

— d'établir le rapport d'activités du comité.

**Article 10** : Le comité se réunit sur convocation de son président, en session ordinaire une fois par an et autant que de besoin, en session extraordinaire.

**Article 11** : Le comité est doté de crédits nécessaires à son fonctionnement.

Lesdits crédits sont inscrits au budget de la direction générale de la fonction publique.

**Article 12** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 29 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 19 mai 2004.

Ahmed OUYAHIA.

# Décret présidentiel n° 03-309 du 14 Rajab 1424 correspondant au 11 septembre 2003 portant organisation et gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger.

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125(alinéa 1er) ;

Vu le décret n° 87-209 du 8 septembre 1987, modifié et complété, portant organisation de la planification et de la gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger ;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 94-260 du 19 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 27 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

**Décète :**

## CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet l'organisation et la gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger.

**Article 2** : Les programmes de formation et de perfectionnement à l'étranger sont organisés en fonction des capacités nationales d'enseignement et de formation supérieures, des besoins sectoriels d'encadrement et des exigences en matière de renforcement des capacités scientifiques et technologiques de développement, dans la limite des postes ouverts.

**Article 3** : La formation à l'étranger ne concerne que les filières non dispensées en Algérie.

## CHAPITRE II DES CATEGORIES DE BENEFICIAIRES

**Article 4** : Les catégories concernées par les programmes de formation résidentielle à l'étranger sont :

- les lauréats émérités du baccalauréat à l'échelle nationale dans la limite des postes ouverts ;
- les étudiants titulaires d'un diplôme de graduation, major de promotion, sélectionnés par les conseils scientifiques des établissements d'enseignement supérieur ;
- les enseignants et chercheurs titulaires, justifiant d'une ancienneté de trois (3) années de service effectif inscrits en Algérie pour la préparation d'une thèse de doctorat et dont les études nécessitent d'effectuer des recherches ou des stages à l'étranger. En outre la commission nationale, prévue à l'article 17 ci-dessous, étudie les programmes de formation à l'étranger présentés par les secteurs concernés s'inscrivant dans le cadre des besoins nationaux ;
- les travailleurs titulaires des établissements et administrations publiques et ayant un diplôme de graduation ou équivalent peuvent bénéficier de formations de spécialisation lorsque ces dernières ne peuvent être assurées en Algérie.

**Article 5** : Les enfants des agents de l'Etat appelés à exercer à l'étranger, poursuivant des études de graduation ou de post-graduation bénéficient lorsque leurs parents sont rappelés, d'une prise en charge de leurs études pour la durée réglementaire qui reste à couvrir pour l'achèvement de leurs cursus.

Les administrations concernées sont tenues de communiquer systématiquement, au ministère des affaires étrangères, la liste des personnes remises en position d'activité à l'étranger et dont les enfants sont bénéficiaires d'une bourse d'études.

Le ministère des affaires étrangères est tenu de prononcer la suspension de la bourse dès que le parent du candidat est remis en position d'activité à l'étranger.

Un arrêté du ministre des affaires étrangères précisera les modalités d'application du présent article.

## CHAPITRE III DES DROITS ET OBLIGATIONS

**Article 6** : Le bénéfice d'une formation à l'étranger ouvre droit à la prise en charge par l'administration ou l'établissement concerné :

- des frais de formation ;
- de la couverture sociale ;
- des frais de transport aller-retour de l'Algérie vers le pays d'accueil, une fois par an ;
- d'un titre de passage excédent de bagages de quatre-vingt (80) kilogrammes à l'issue de leur formation ;
- des frais d'impression de thèse.

Les modalités d'application du présent article seront fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre des affaires étrangères et du ministre chargé des finances.

**Article 7** : Toute personne admissible à un programme de formation à l'étranger doit ne pas avoir déjà bénéficié d'une bourse.

**Article 8** : Les bénéficiaires d'une bourse doivent souscrire un engagement et particulièrement pour exercer en Algérie à l'issue de leur formation.

En cas de non-respect de cet engagement, les intéressés doivent restituer la totalité des frais de formation engagés, sans préjudice de poursuites judiciaires.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre des affaires étrangères et du ministre chargé des finances fixera les modalités d'application du présent article.

**Article 9** : La résiliation du contrat de formation est prononcée dans les situations suivantes :

- cas de maladie de longue durée ;
- abandon des études ;
- insuffisance des résultats pédagogiques ;
- cas disciplinaires graves.

Les dispositions prévues à l'article 8 ci-dessus sont applicables aux trois (3) derniers cas de figure.

**Article 10** : Les organismes d'envoi sont tenus :

- de réintégrer ou de recruter en priorité les personnes formées pour leur compte à l'étranger ;
- d'engager des mesures nécessaires à l'encontre des boursiers défaillants prévues aux articles 7, 8 et 9 ci-dessus.

## CHAPITRE IV DES CONDITIONS DE LA FORMATION RESIDENTIELLE

**Article 11** : Pour être admissible à une formation à l'étranger, l'étudiant doit :

- être titulaire du diplôme universitaire exigé pour son admission en vue de la formation envisagée ;
- être major de promotion ;
- répondre aux critères arrêtés par la commission nationale et aux conditions fixées par le conseil scientifique ou pédagogique de l'établissement supérieur concerné, publiés préalablement.

**Article 12 :** Pour être admissible à une formation à l'étranger, l'enseignant, le chercheur ou tout autre travailleur doit :  
— être inscrit en thèse de doctorat en Algérie ;  
— répondre aux critères arrêtés par la commission nationale et aux conditions fixées par le conseil scientifique ou pédagogique de l'établissement, publiés préalablement ;  
— être proposé par l'institution ou l'organisme d'envoi ;  
— avoir obtenu une inscription ou une lettre d'accueil d'une institution universitaire étrangère reconnue ;  
— présenter un programme d'études pour la période de formation et de recherche à l'étranger ;  
— présenter à son retour un rapport sur les travaux qu'il a effectués à l'étranger.

**Article 13 :** Outre les conditions prévues à l'article 4 ci-dessus, pour être admissible à un programme de formation spécialisée à l'étranger, le travailleur candidat doit :

— répondre aux critères arrêtés par la commission nationale ;  
— satisfaire aux conditions et critères exigés pour la formation envisagée ;  
— être proposé par l'organisme qui l'emploie auprès duquel il justifie d'une ancienneté effective de trois (3) ans.

**Article 14 :** Outre les conditions prévues par les articles 11, 12 et 13 du présent décret, les catégories de bénéficiaires d'une formation à l'étranger doivent satisfaire aux critères de sélection fixés annuellement par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

## CHAPITRE V DU PERFECTIONNEMENT

**Article 15 :** Les programmes de perfectionnement à l'étranger sont organisés à l'intention des travailleurs des institutions et des administrations publiques, dans les domaines qui présentent un intérêt avéré pour l'organisme d'envoi.

**Article 16 :** Le perfectionnement doit viser notamment :

— l'acquisition d'aspects scientifiques et technologiques nouveaux dans des domaines pointus ;  
— l'acquisition de connaissances et de techniques nécessaires à l'innovation ou à la modernisation d'une activité professionnelle ;  
— l'actualisation, la diversification et l'amélioration des connaissances dans le cadre de la formation continue ;  
— l'adaptation à l'utilisation d'un équipement ou à l'accomplissement d'activités nouvelles ;  
— la participation à des séminaires ou des rencontres scientifiques et techniques susceptibles de contribuer au développement de l'organisme concerné.

## CHAPITRE VI DE LA COMMISSION NATIONALE DE LA FORMATION ET DU PERFECTIONNEMENT A L'ETRANGER

**Article 17 :** Il est institué une commission nationale chargée de l'organisation de la formation et du perfectionnement à l'étranger ci-après dénommée "la commission" ;

**Article 18 :** Présidée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur ou son représentant, la commission comprend :

— le ministre des affaires étrangères ou son représentant ;  
— le ministre chargé des finances ou son représentant.

**Article 19 :** La commission est assistée dans ses travaux par un comité d'experts scientifiques de rang magistral, désignés par décision du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

**Article 20 :** La commission est chargée de l'élaboration du programme de formation, de mise en œuvre de son évaluation et de son suivi. A ce titre, elle est chargée notamment :

— d'étudier et de proposer la réglementation générale relative à la formation et au perfectionnement à l'étranger ;  
— de se prononcer sur les besoins et les programmes de formation et de perfectionnement à l'étranger exprimés annuellement par les secteurs.  
A ce titre, la commission peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts désignés par les secteurs concernés ;  
— étudier les offres de bourses dans le cadre d'accords de coopération et, en tant que de besoin, celles offertes dans le cadre d'accords sectoriels ;  
— veiller à l'organisation des concours régionaux, le cas échéant, pour la sélection des étudiants candidats à la formation à l'étranger ;  
— arrêter les listes des candidats à la formation à l'étranger ;  
— assurer le suivi des programmes de formation et de perfectionnement à l'étranger ;  
— proposer une politique de réinsertion des boursiers à l'issue de la formation à l'étranger ;  
— évaluer les programmes de formation et de perfectionnement à l'étranger ;  
— réunir la documentation pédagogique et scientifique sur les programmes de formation et de perfectionnement à l'étranger ;  
— favoriser toutes les mesures de nature à promouvoir les formules de parrainage par les opérateurs économiques nationaux ou par les organismes tiers régionaux ou internationaux ;  
— proposer les critères de sélection ainsi que la liste des filières et options éligibles à la formation et au perfectionnement à l'étranger.

**Article 21 :** Les secteurs sont tenus de présenter annuellement à la commission, le bilan de l'état de réalisation des programmes de la formation antérieurs accompagnés par les besoins de formation de l'année suivante.

**Article 22 :** Le programme annuel de formation et de perfectionnement à l'étranger adopté par le Gouvernement est notifié aux secteurs concernés par le président de la commission.

**Article 23 :** La commission se réunit en session ordinaire deux (2) fois par an sur convocation de son président.

Elle peut se réunir en session extraordinaire, en tant que de besoin, sur convocation de son président ou à la demande d'un de ses membres.

**Article 24 :** La commission élabore son règlement intérieur lors de sa première session.

**Article 25 :** Le secrétariat de la commission est assuré par les services chargés de l'enseignement supérieur.

**Article 26 :** La mise en œuvre du programme de formation et le suivi pédagogique des travailleurs mis en formation sont assurés par les services compétents des secteurs concernés, assistés d'un comité d'experts qui sera créé à cet effet par arrêté du ministre concerné.

## CHAPITRE VII DISPOSITIONS FINANCIERES

**Article 27 :** Les bénéficiaires admis à une formation à l'étranger bénéficient d'allocations d'études calculées pour douze (12) mois par année universitaire et la prise en charge des frais annexes prévus à l'article 6 ci-dessus.

Les modalités d'application du présent article seront fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre des affaires étrangères et du ministre chargé des finances.

**Article 28 :** Les bénéficiaires d'une bourse accordée par un Etat ou un organisme étranger, perçoivent, si les conditions de vie et de formation dans le pays d'accueil le justifient, un complément de bourse.

Le montant cumulé de la bourse et du complément de bourse ne saurait excéder le montant de l'allocation d'études versée aux boursiers de l'Etat algérien.

Les modalités d'application du présent article seront fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre des affaires étrangères et du ministre chargé des finances.

**Article 29 :** Les bénéficiaires d'une formation résidentielle à l'étranger dont la durée est supérieure à six (6) mois bénéficient en Algérie du maintien de leur traitement indiciaire ou de leur salaire de base, à l'exclusion de toute prime ou indemnité attachées à l'exercice effectif d'une fonction.

**Article 30** : Lorsque la formation ou le perfectionnement est prévu pour une durée égale ou inférieure à six (6) mois, les bénéficiaires perçoivent, avant leur départ, une indemnité convertible en devises dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre des affaires étrangères et du ministre chargé des finances.

**Article 31** : Les crédits des différents départements ministériels destinés au financement de la formation de longue durée à l'étranger sont inscrits au budget du ministère des affaires étrangères.

Ils sont mis à la disposition des représentations diplomatiques et consulaires.

La gestion de ces crédits fait l'objet d'une comptabilité distincte de celle afférente au budget de ladite représentation diplomatique ou consulaire.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre des affaires étrangères et du ministre chargé des finances fixera, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.

**Article 32** : Il est mis à la disposition des représentations diplomatiques ou consulaires une provision destinée à couvrir, le cas échéant, et à titre d'avance les dépenses impondérables liées au programme général de formation.

Ces crédits provisionnels représentent l'équivalent d'une mensualité de l'allocation d'études, évalués *au prorata* du nombre de bénéficiaires se trouvant dans le pays concerné.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur, du ministre des affaires étrangères et du ministre chargé des finances fixera, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.

**Article 33** : Les listes nominatives des candidats définitivement retenus pour une formation à l'étranger sont établies par la commission et transmises au ministère des affaires étrangères pour exécution.

**Article 34** : Les allocations d'études et frais annexes sont versés aux bénéficiaires d'une formation à l'étranger par les représentations diplomatiques ou consulaires territorialement compétentes.

**Article 35** : Les modalités d'application des dispositions financières seront précisées, le cas échéant, par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur du ministre des affaires étrangères et du ministre chargé des finances.

**Article 36** Les travailleurs et étudiants en formation à l'étranger sont assujettis au régime algérien de sécurité sociale conformément à la réglementation en vigueur.

## **CHAPITRE VIII DISPOSITIONS FINALES**

**Article 37** : La formation à l'étranger des personnels militaires et assimilés est du ressort exclusif du ministère de la défense nationale.

**Article 38** : Sont abrogées les dispositions du décret n° 87-209 du 8 septembre 1987, susvisé

**Article 39** : Les dispositions du présent décret entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004

**Article 40** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 14 Rajab 1424 correspondant au 11 septembre 2003

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

SOUS DIRECTION DE LA FORMATION  
SOUS DIRECTION DE LA RECHERCHE

**CIRCULAIRE N° 2 DU 27 AVRIL 2004**

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé et de la Population de Wilaya

En communication à :

Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires et des Etablissements Hospitaliers Spécialisés et Messieurs les Directeurs Généraux de CHU,

Monsieur le Directeur de l'école nationale de santé publique,

Monsieur le directeur Général de l'Agence National du Sang,

Monsieur le Directeur Général de l'Institut National de Santé publique,

Monsieur le Directeur Général du Laboratoire National de Contrôle de Produits Pharmaceutiques,

Madame le Directeur Général du centre National de toxicologie,

Monsieur le directeur Général du centre National de Pharmacovigilance et Matéiovigilance.

**OBJET : Mise en œuvre des programmes de perfectionnement à l'étranger**

Référence : Décret n° 03-309 du septembre 2003 portant organisation et gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger.

La présente circulaire a pour objet de fixer les conditions et modalités de mise en œuvre des programmes de formation de courte durée à l'étranger. Elle doit faire l'objet d'une diffusion dans son intégralité à l'ensemble des établissements, unités et services de santé.

**I) – DEFINITION**

Sont appelées «formations de courte durée à l'étranger», les actions de formation et de perfectionnement réalisées à l'étranger, dont la durée est inférieure ou égale à six mois. Ces formations concernent prioritairement les participations aux congrès et secondairement les stages.

Elles ont pour objectif l'acquisition de nouvelles techniques et de connaissances pour l'adaptation à l'emploi et l'amélioration des compétences en vue d'une meilleure prise en charge des malades.

a) – Les Participations aux congrès scientifiques

Compte tenu des moyens financiers attribués aux établissements, et en vue de faire bénéficier le maximum de praticiens, la participation aux congrès scientifiques doit être privilégiée par rapport aux stages.

Les bénéficiaires de congrès scientifiques recevront une allocation convertible équivalente à la durée du congrès plus deux journées supplémentaires, sans que la durée totale ne dépasse 5 jours. Ils bénéficient également d'un titre de transport aller retour en classe économique, entre l'Algérie et le pays d'accueil.

Les frais d'inscription hébergement et autres frais éventuels sont à la charge des bénéficiaires du congrès.

Cependant les praticiens communicants peuvent exceptionnellement bénéficier de frais d'inscription, si les moyens financiers mis à la disposition de l'établissement permettent une telle prise en charge.

b) – Les stages :

La durée maximale des stages ne doit pas dépasser six (6) mois. Ils doivent être réalisés dans des établissements hospitaliers ou instituts de formation spécialisés étrangers.

**II) – PERSONNEL BENEFICIAIRE :**

Les praticiens spécialistes de santé publique en priorité

**III- CONDITIONS DE CANDIDATURE :**

a) – Conditions Générales :

Les candidats postulant pour une formation de courte durée ne doivent pas être inscrits sur la liste des demandes de démission.

Les candidats doivent avoir remis régulièrement les rapports et justificatifs prouvant l'accomplissement normal des stages et congrès dont ils ont bénéficiés précédemment.

La priorité est accordée aux praticiens titulaires ayant plus de trois ans d'ancienneté et n'ayant pas bénéficié de congrès ou stages préalablement.

La maîtrise par le bénéficiaire de la langue utilisée lors du congrès ou du stage (sauf dans le cas où une traduction simultanée est assurée).

Le cumul de bourses (nationale, de coopération et ou de prise en charge par les laboratoires) n'est pas autorisé. En conséquence tout candidat bénéficiaire de bourse est tenu de signaler, le cas échéant, toutes les autres sources de financement de son stage en dehors de la bourse qui lui est attribuée par son établissement employeur.

b)- Conditions particulières :

1)- Pour les participations aux congrès :

En plus des conditions ci-dessus, le candidat doit disposer préalablement d'une invitation du chef du congrès ou d'une inscription définitive et le cas échéant d'une lettre d'acceptation de la communication par le comité scientifique du congrès.

Les invitations d'entreprises et firmes commerciales étrangères ayant pour objectif la promotion de leurs produits et équipements ne doivent pas être acceptées et les candidats concernés ne peuvent bénéficier d'aucune prise en charge dans ce cadre.

2)- Pour les stages :

Les stages doivent être réalisés dans des établissements hospitaliers ou instituts de formation spécialisés étrangers dont les conditions suivantes :

- des objectifs doivent répondre à un besoin prioritaire de l'établissement et doivent être réalistes.

- les objectifs du stage visés ne peuvent pas être réalisés en Algérie.

L'adéquation entre la durée du stage et les objectifs visés. Ainsi la durée des stages est déterminée par la nature de la formation et les objectifs ciblés. En conséquence les moyens financiers attribués dans ce cadre aux établissements de santé, peuvent être regroupés ou fractionnés selon le besoin de la structure.



#### **IV) – CONSTITUTION DES DOSSIERS DE CANDIDATURES**

Pour les participations aux congrès :

Une invitation du responsable du congrès ou d'une inscription définitive et ou pour les communicants une lettre d'acceptation de la communication par le comité scientifique du congrès dans ce second cas il y a lieu de fournir trois (3) copies dactylographiées de la communication retenue dont deux doivent être transmises à la direction de la formation du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière pour une éventuelle exploitation.

b)- pour les stages

Une lettre d'accueil ou d'inscription dans un établissement hospitalier ou de formation à l'étranger.

Une lettre d'opportunité de stage faisant ressortir l'intérêt et les objectifs du stage ainsi que l'impact des ces derniers sur le développement du service et la prise en charge du malade.

#### **V)- PROCEDURE DE SELECTION DES CANDIDATS :**

Le choix des candidats doit s'effectuer selon le cas par le conseil médical et ou par le conseil scientifique de l'établissement. Les directeurs et directeurs généraux des établissements concernés assistent à ces réunions en qualité de membre.

En cas de difficulté pour réunir ces dits conseils, les Directeurs et Directeurs généraux des établissements de santé concernés peuvent le cas échéant, créer en coordination avec les présidents des conseils médicaux et ou comité scientifiques, une commission pour procéder à la sélection des candidats. Celle – ci doit être la plus large et la plus représentative possible. Cette commission doit se tenir sous la présidence des présidents des dits conseils avec la participation obligatoire des Directeurs et Directeurs Généraux des établissements de santé.

Pour les institutions sous tutelle du Ministère de la Santé de la population de la Réforme hospitalière (ENSP. INSP. LNCPP. CNT et CNPM). Les directeurs concernés se chargeront d'arrêter les modalités d'intérêt de sélection en fonction de leurs moyens financiers, leurs besoins et leurs spécificités.

Les organes chargés de la sélection des candidats ci-dessus, doivent :

S'assurer préalablement à la réunion que les délais impartis aux praticiens ont été suffisants pour la préparation de leur dossier de candidature.

S'assurer que la présente circulaire à fait l'objet d'un affichage préalable et dans son intégralité, dans les différentes structures et unités relevant de l'établissement concerné.

La réunion du conseil médical doit être sanctionnée par un procès verbal qui doit comprendre obligatoirement les formations suivantes :

- la date de la tenue de la réunion
- les noms et la qualité des membres du conseil ayant assistés à la réunion.
- les noms et la qualité des membres absents à la réunion avec le motif
- la liste nominative des candidats désignés avec la durée du stage accordé.
- les objectifs de formation arrêtés pour chaque candidat.

Le procès verbal devra être signé par l'ensemble du conseil ayant participé à la réunion, les signatures ainsi que les griffes des membres des dits conseils doivent être apposées sur le procès verbal même les feuilles de présences ne seront pas acceptées.

#### **VI) – PROCEDURE DE MISE EN ŒUVRE :**

La Gestion des dossiers de formation de courte durée à l'étranger, (congrès et stages) entrant dans le cadre des bourses nationales, le suivi et l'évaluation des stagiaires sont confiés aux établissements de santé et placés sous la responsabilité de l'ordonnateur.

Ces établissements doivent néanmoins transmettre à la Direction de la Formation du Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière dans les quinze jours suivant la date de la réunion, le procès verbal de celle-ci et à la fin de l'année, le bilan et l'évaluation des actions réalisées.

#### **VII)- LES VISAS :**

Les candidats retenus se chargeront d'effectuer eux-mêmes les formalités de demandes des visas auprès des services consulaires du pays d'accueil concerné.

#### **VIII)- CALCUL DU MONTANT DE L'ALLOCATION CONVERTIBLE :**

Le montant de l'allocation forfaitaire convertible relative au stage de courte durée à l'étranger est calculé selon la durée du stage et la catégorie du pays d'accueil ci-dessous :

**– Ventilation de l'allocation par catégorie de pays**

Durée	Catégorie I	Catégorie II
Du 1 <sup>er</sup> au 10 <sup>ème</sup> jours inclus	6400 DA par jour	5.500 DA par jour
Du 11 <sup>ème</sup> au 29 <sup>ème</sup> jour inclus	Forfait de 64.000 DA et 2500 DA par jour à compter du onzième jour	Forfait de 55.000DA et 2000 DA par jour à compter du onzième jour
Un (1) mois et multiple entier du mois	90.000 DA par mois	75.000 DA par mois
Un (1) mois et fraction du mois	Forfait de 90.000 DA et 20... DA par jour à compter du 31ème jour	Forfait de 75.000 DA et 1500 DA par jour à compter du 31ème jour.

**B)- Classement des pays d'accueil**

**CATEGORIE**

01	Grande Bretagne	13	Qatar
02	France	14	Corée du sud
03	Belgique	15	Canada
04	Allemagne	16	Autriche
05	Suisse	17	Afrique du Sud
06	Italie	18	Chine
07	Suède	19	Emirats Arabes
08	Japon	20	Corée du Nord
09	Pays-bas	21	Bahreïn
10	Espagne	22	Koweït
11	Etats Unis d'Amérique	23	Sultanat d'Oman

Autres pays

**IX)- DISCIPLINE GENERALE**

Les candidats bénéficiaires de formation de courte durée doivent consacrer la totalité de leur séjour à l'étranger à la réalisation des objectifs de leur formation et en tirer le maximum de profit. Le montant de la bourse alloué aux candidats ne doit pas servir de prétexte pour ne pas accomplir ou écouter la durée du stage.

Il appartient aux candidats retenus de prendre connaissance avant leur départ, du montant de l'allocation devise qui leur attribué et l'ensemble des conditions de leur séjour à l'étranger, notamment en ce qui concerne leur hébergement.

Ils doivent des leur retour, justifier à leur établissement employeur, leur participation au congrès et où l'accomplissement effectif du stage dont ils ont bénéficié, faute de quoi ils devront procéder au remboursement de l'ensemble des frais engagés pour leur prise en charge. En conséquence ils doivent remettre à leur retour les pièces suivantes.

– Pour les participants aux congrès

Un rapport scientifique sur congrès

Une attestation, de présence et ou éventuellement de communicant délivrée par le responsable du congrès

La souche du billet d'avion

Copies des pages du passeport ou figure les dates d'entrées et de sorties du pays ayant abrité le congrès.

Toutes autres pièces justifiant la participation effective au congrès (badge.....etc.)

b)- Pour les participants aux stages :

Un rapport de stage faisant ressortir les techniques et connaissances acquises.

Une attestation délivrée par le responsable du terrain du stage faisant ressortir la date de début et de fin de stage.

Copie des pages du passeport ou figure les dates d'entrées et de sorties du pays d'accueil.

La souche du billet d'avion.

Ils doivent en outre procéder au versement d'une copie de la documentation scientifique acquise au centre de documentation et ou à la bibliothèque de l'établissement.

Les candidats ne pouvant pas justifier à leur établissement l'accomplissement effectif de leur stage et / ou de leur participation au congrès doivent procéder au remboursement de tous les frais engagés pour leur prise en charge. Ceux qui auront écourté leur stage rembourseront le montant équivalent au nombre de jours de stage non accomplis. Les directeurs et Directeurs Généraux des établissements de santé concernés doivent veiller à l'application stricte de cette mesure.

Vous voudrez bien prendre toutes les dispositions, ainsi d'assurer une large diffusion de la présente circulaire, notamment par voie d'affichage dans l'affichage dans l'ensemble des structures unités et services places sous votre autorité et de me tenir informer des difficultés éventuelles rencontrées dans son application.



**Arrêté interministériel du 10 Rajab 1423 correspondant au 17 septembre 2002 déterminant le montant de l'allocation convertible relative à la formation et au perfectionnement de durée inférieure ou égale à six mois effectués à l'étranger.**

Le ministre des finances,  
Le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,  
Le ministre du travail et de la sécurité sociale,  
Le ministre de la formation et de l'enseignement professionnels,  
Le délégué à la planification,  
Vu le décret n° 87-209 du 8 septembre 1987 portant organisation de la planification et de la gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger, modifié et complété, notamment son article 45;  
Vu le décret présidentiel n° 02-208 du 6 Rabie Ethani 1423 correspondant au 17 juin 2002 portant nomination des membres du Gouvernement ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Les montants de l'allocation prévus par l'article 45 du décret n° 87-209 du 8 septembre 1987, modifié et complété, susvisé, sont fixés conformément à l'annexe et aux articles du présent arrêté.

**Article 2** : Une majoration de 20% du montant fixé par l'annexe du présent arrêté est accordée aux personnels hospitalo-universitaires, chercheurs des institutions de recherche, et enseignants des établissements d'enseignement et de formation supérieurs bénéficiant d'un stage à l'étranger.

**Article 3** : Une majoration de 40% du montant fixé par l'annexe du présent arrêté est accordée aux participants à un colloque, congrès, séminaire ainsi qu'à toute manifestation scientifique et technologique et présentant une communication. Cette majoration est exclusive de celle fixée par l'article 2 ci-dessus.

**Article 4** : Lorsque le bénéficiaire d'un stage dispose d'une prise en charge partielle couvrant son hébergement, le taux de l'allocation est réduit de 50%; il est réduit de 75% lorsque la prise en charge est totale.

**Article 5** : Les frais d'inscription ou de participation aux stages, colloques, congrès, séminaires et toutes manifestations scientifiques et technologiques, lorsqu'ils ne sont pas couverts par le partenaire, sont pris en charge par l'organisme employeur conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 6** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 10 Rajab 1423 correspondant au 17 septembre 2002.

Le ministre des finances  
**Mohamed TERBECHE**

Le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche  
et de la recherche scientifique  
**Rachid HARRAOUBIA**

Le ministre de la formation et  
de l'enseignement professionnels,  
**Abdelhamid ABAD.**

Le ministre du travail et de la sécurité sociale  
**Tayeb LOUH**

Le délégué à la planification,  
**Brahim GHANEM**

**Annexe**

A/ Montant de l'allocation ventilé selon la catégorie du pays d'accueil et la durée de la formation et du perfectionnement

Durée	Catégorie I	Catégorie II
Du premier au dixième jour inclus	6.400 DA par jour	5.500 DA par jour
Du onzième aux vingt neuvième jours inclus	Forfait de 64.000 DA et 2.500 DA par jour à compter du onzième jour	Forfait de 55.000DA et 2.000 par jour à compter du onzième jour
Un (1) mois et multiple entier du mois	90.000 DA par mois	75.000 DA par mois
Un (1) mois et fraction du mois	Forfait de 90.000 DA et 2.000 DA par jour à compter du 31 <sup>ème</sup> jour	Forfait de 75.000DA et 1.500 par jour à compter du 31 <sup>ème</sup> jour

B/ Classement du pays d'accueil

Catégorie I /

1	Grande Bretagne	13	Qatar
2	France	14	Corée du Sud
3	Belgique	15	Canada
4	Allemagne	16	Autriche
5	Suisse	17	Afrique du Sud
6	Italie	18	Chine
7	Suède	19	Emirats Arabes
8	Japon	20	Corée du Nord
9	Pays-Bas	21	Bahreïn
10	Espagne	22	Koweït
11	Etats-Unis d'Amérique	23	Soudan
12	Grèce		Oman

Catégorie II/

Autres pays

**Arrêté interministériel du 27 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 17 mai 2004 déterminant le montant de l'indemnité convertible relative à la formation et au perfectionnement de durée égale ou inférieure à six mois effectués à l'étranger.**

Le ministre d'Etat, ministre des affaires étrangères,

Le ministre des finances,

Le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,

Vu le décret présidentiel n° 03-309 du 14 Rajab 1424 correspondant au 11 septembre 2003 portant organisation et gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger, notamment son article 30;

Vu le décret présidentiel n° 04-138 du 6 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 26 avril 2004 portant nomination des membres du Gouvernement ;

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le taux de l'indemnité prévue par l'article 30 du s montants de l'allocation prévus par l'article 45 du décret présidentiel n° 03-309 du 14 Rajab 1424 correspondant au 11 septembre 2003, susvisé est fixé conformément au tableau suivant :

Durée	Zone I	Zone II
Du premier au dixième jour inclus	6.400 DA par jour	5.500 DA par jour
Du onzième au vingt neuvième jour inclus	Forfait de 64.000 DA et 2.500 DA par jour à compter du onzième jour	Forfait de 55.000DA et 2.000 par jour à compter du onzième jour
Un (1) mois et multiple entier du mois	90.000 DA par mois	75.000 DA par mois
Un mois et fraction du mois	Forfait de 90.000 DA et 2.000 DA par jour à compter du 31 <sup>ème</sup> jour	Forfait de 75.000DA et 1.500 par jour à compter du 31 <sup>ème</sup> jour

**Article 2** : Une majoration de vingt pour cent 20% du montant fixé a l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est accordée aux spécialistes hospitalo-universitaires, chercheurs des institutions de recherche, et enseignants des établissements d'enseignement et de formation supérieurs bénéficiant d'un stage à l'étranger.

**Article 3** : Une majoration de quarante pour cent 40% du montant fixé par l'annexe du présent arrêté est accordée aux participants à un colloque, congrès, séminaire ainsi qu' à toute manifestation scientifique et technologique et présentant une communication.

Cette majoration est exclusive de celle fixée par l'article 2 ci-dessus.

**Article 4** : Le taux de l'indemnité est réduit de cinquante pour cent 50% lorsque le bénéficiaire d'un stage dispose d'une prise en charge partielle couvrant son hébergement ; ce taux est réduit de soixante quinze pour cent 75% lorsque la prise en charge est totale.

**Article 5** : Les frais d'inscription ou de participation aux stages, colloques, congrès, séminaires et toutes manifestations scientifiques et technologiques, lorsqu'ils ne sont pas couverts par le partenaire, sont pris en charge par l'organisme employeur conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 6** : La liste des pays des zones I et II citées à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus est fixée comme suit :

- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| — 1 Grande-Bretagne        | — 12 Grèce           |
| — 2 France                 | — 13 Qatar           |
| — 3 Belgique               | — 14 Corée           |
| — 4 Allemagne              | — 15 Canada          |
| — 5 Suisse                 | — 16 Autriche        |
| — 6 Italie                 | — 17 Afrique du Sud  |
| — 7 Suède                  | — 18 Chine           |
| — 8 Japon                  | — 19 Emirats Arabes  |
| — 9 Pays-Bas               | — 20 Bahreïn         |
| — 10 Espagne               | — 21 Koweït          |
| — 11 Etats-Unis d'Amérique | — 22 Sultanat d'Oman |

**Zone II :**

**Autres pays :**

**Article 7** : Le présent arrêté prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004

**Article 8** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 Rabie El Aouel 1425 correspondant au 17 mai 2004.

Le ministre d'Etat, ministre  
des affaires étrangères  
**Abdeiaziz BELKHADEM.**

Le ministre des finances

**Abdelatif BENACHENHOU**

Le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

**Rachid HARRAOUBIA**

**MEDECINE DU TRAVAIL ET PROTECTION  
DES PERSONNELS DE SANTE**

Le Président de la République ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 62, 151-20° et 154 ;  
Vu l'Ordonnance n° 66-156 du 08 juin 1966, modifiée et complétée, portant Code Pénal, notamment ses articles 288, 289 et 459 ;  
Vu l'Ordonnance n° 71-74 du 16 novembre 1971 relative à la Gestion Socialiste des entreprises ;  
Vu l'Ordonnance n° 75-31 du 29 avril 1975 relative aux conditions générales de travail dans le secteur privé ;  
Vu l'Ordonnance n° 75-33 du 29 avril 1975 relative aux attributions de l'inspection de travail et des affaires sociales ;  
Vu la loi n° 78-12 du 05 août 1978 relative au statut général du travailleur, notamment ces articles, 13, 14, 15, 30 et 212, ensemble des textes pris pour son application ;  
Vu la loi n° 83-03 du 05 février 1983 relative à la protection de l'environnement, notamment ces articles 74 et 120 ;  
Vu la loi n° 83-13 du 02 juillet 1983 relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles, notamment ses articles 63 à 75 ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé,  
Après adoption par l'Assemblée Populaire Nationale.  
Promulgue de la loi dont la teneur suit :

## **CHAPITRE I OBJET CHAMPS D'APPLICATION**

**Article 1 :** La présente loi a pour objet de définir les voies et les moyens ayant pour but d'assurer aux travailleurs les meilleures conditions en matière d'hygiène, de sécurité et de médecine du travail, et de désigner les personnes responsables et Organisme Employeurs chargés de l'exécution des mesures prescrites.

**Article 2 :** Les dispositions de la présente loi sont applicables à tout Organisme Employeur quel que soit le secteur d'activité auquel il appartient.

## **CHAPITRE II REGLES GENERALES EN MATIERE D'HYGIENE ET DE SECURITE EN MILIEU DE TRAVAIL**

**Article 3 :** L'organisme employeur est tenu d'assurer l'hygiène et la sécurité aux travailleurs.

**Article 4 :** Les locaux affectés au travail, les emplacements de travail et leurs environnements, leurs dépendances et leurs annexes, y compris les installations de toute nature mises à la disposition des travailleurs doivent être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé des travailleurs.

L'ambiance de travail devra répondre aux conditions de confort et d'hygiène, notamment de cubage, d'aération, de ventilation, d'éclairage, d'ensoleillement, de chauffage, de protection contre les poussières et autres nuisances et d'évacuation des eaux usées et déchets.

Les travailleurs doivent bénéficier des moyens d'assurer leur hygiène individuelle et notamment par la mise à leurs dispositions de vestiaires, lavabos, douches, toilettes, eau potable et par l'hygiène dans les cantines.

Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

**Article 5 :** Les établissements, les locaux affectés aux travailleurs dépendances et leurs annexes visés à l'article 4 ci-dessus doivent être conçus, aménagés et entretenus de manière à garantir la sécurité des travailleurs.

Ils doivent, notamment, répondre aux nécessités suivantes :

Garantir la protection contre les fumées, vapeurs dangereuses, gaz toxiques et bruits, et toutes autres nuisances ;

Eviter les encombrements et surcharges ;

Garantir la sécurité des travailleurs lors de leur circulation pendant la mise en marche des engins et moyens de manutention et des transports et pendant la manipulation des matières, matériaux, produit, marchandises et tous autres objets ;

Assurer les conditions nécessaires afin de prévenir toute cause d'incendie ou d'explosion ainsi que pour combattre l'incendie d'une façon efficace ;

Placer les travailleurs à l'abri du danger et hors des zones dangereuses par l'éloignement ou séparation par l'interposition de dispositifs d'une efficacité reconnue,

Assurer l'évacuation rapide des travailleurs en cas de danger imminent ou de sinistre.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 6 :** En fonction de la nature de l'activité et des risques, le travailleur doit bénéficier des vêtements spéciaux, équipements et dispositifs individuels de protection d'une efficacité reconnue.

**Article 7 :** L'organisme employeur est tenu d'intégrer la sécurité des travailleurs dans le choix des techniques et technologie et dans l'organisation du travail.

Les installations, les machines, mécanismes, appareils, outils et engins, matériel et tout moyen de travail doivent être appropriés aux travaux à effectuer et à la prévention des risques auxquels les travailleurs peuvent être exposés.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 8 :** Est interdite la fabrication, l'exposition, la mise en vente, l'importation, la location ou la cession à quelque titre que ce soit en vue de leur utilisation :

Des appareils, machines ou éléments de machines qui du fait de leurs défauts de conception, de construction ou suite à une détérioration, ne répondent pas aux normes nationales internationales en vigueur en matière d'hygiène et de sécurité.

Des dispositifs, équipements ou protection qui ne sont pas de nature à garantir les travailleurs contre les dangers auxquels ils peuvent être exposés du fait de l'utilisation de matériels, substances ou préparations nécessitant l'emploi de tels moyens ;

Les modalités d'application du présent article sont par voie réglementaire

**Article 9 :** Les normes d'efficacité des produits, dispositifs, ou appareils de protection seront fixées conformément à la législation en vigueur, après avis d'une commission, ces attributions ainsi que son fonctionnement sont définis par voie réglementaire.

**Article 10 :** Pour répondre aux exigences d'hygiène et de sécurité en milieu du travail, la fabrication, l'importation, la cession et l'utilisation des substances, produits ou préparations dangereuses sont soumises à la législation en vigueur.

Les organismes employeurs, en particulier les fabricants et importateurs sont tenus avant toute introduction sur le marché de substances ou préparations présentant des dangers pour la santé des travailleurs, de fournir aux institutions et organismes concernés et, notamment, à l'organisme national compétent en matière d'hygiène et de sécurité, les informations nécessaires à l'appréciation des risques présentés par lesdites substances ou préparations.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par voie réglementaire.

**Article 11 :** Outre les dispositions législatives en vigueur, l'organisme employeur doit s'assurer que les travaux confiés aux femmes, aux travailleurs mineurs et travailleurs handicapés n'exigent pas un effort excédent leur force.

### CHAPITRE III REGLES GENERALES EN MATIERE DE MEDECINE DU TRAVAIL

**Article 12 :** La protection de la santé des travailleurs par la médecine du travail est partie intégrante de la politique nationale de santé.

Dans le cadre des missions telles que définies par la législation en vigueur, la médecine du travail dont la double mission est préventive, essentiellement, et curative, accessoirement, a pour but :

- De promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien être physique et mental des travailleurs dans toutes les professions et en vue d'élever le niveau des capacités de travail et de création ;
- De prévenir et protéger les travailleurs des risques pouvant engendrer des accidents ou des maladies professionnelles et de tout dommage causé à leur santé ;
- De placer et maintenir les travailleurs dans un emploi convenant à leurs aptitudes physiologiques et psychologiques et, en règle générale, adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche.
- De réduire les cas d'invalidité et assurer une prolongation de la vie active des travailleurs ;
- D'évaluer le niveau de santé des travailleurs en milieu du travail ;
- D'organiser les soins d'urgence aux travailleurs, la prise en charge des traitements ambulatoires, le traitement des maladies professionnelles et à caractère professionnel ;
- De contribuer à la sauvegarde de l'environnement par rapport à l'homme et à la nature ;

**Article 13 :** La médecine du travail constitue une obligation de l'organisme employeur .Elle est à la charge de celui-ci

**Article 14 :** La médecine du travail s'exerce sur les lieux mêmes du travail.

En application des dispositions de l'article ci-dessus l'organisme employeur est tenu de mettre en place un service de médecine du travail, conformément à des normes fixées par voie réglementaire.

Dans le cas où les normes visées à l'alinéa ci-dessus n'obligent pas l'employeur à créer un service de médecine du travail, il est tenu :

Soit de créer ou de participer à la création, sur une base territoriale, d'un service inter organisme de médecine du travail ;

Soit d'établir, selon une convention type, une convention avec le secteur sanitaire.

Au cas où le secteur sanitaire ne peut répondre à la demande de l'organisme employeur ou s'il ne s'acquitte pas de ses obligations, l'organisme employeur est tenu d'établir une convention, selon une convention type, avec toute structure compétente en médecine du travail ou tout médecin habilité .

Les représentants des travailleurs sont obligatoirement associés à toute décision concernant la mise en place de l'activité de médecine du travail au sein de l'organisme employeur.

Les conditions d'organisation et de fonctionnement des services de médecine du travail, ainsi que la convention type, sont fixées par voie réglementaire.

**Article 15 :** Dans le cadre des missions qui leur sont dévolues en matière de protection et de promotion de la santé, les services de santé sont chargés :

D'organiser, de coordonner, d'évaluer et de contrôler régulièrement l'ensemble des activités de médecine du travail ;

De mettre en place des services de référence, de normalisation et de recherche ;

D'assurer le recyclage des médecins et techniciens sanitaires.

**Article 16 :** L'exercice de la médecine du travail est soumis aux dispositions législatives en vigueur et notamment, la loi n85-05 du 16 Janvier 1985 relative à la promotion de la santé.

Toutefois, en tenant compte de besoin et à titre transitoire, le ministre chargé de la santé publique pourra habilitier les médecins généralistes à exercer la médecine du travail.

Les obligations à la charge du médecin du travail, dans le cadre de ces activités, sont fixées par voie réglementaire.

**Article 17 :** Tout travailleur ou apprenti est obligatoirement soumis aux examens médicaux d'embauchage, ainsi qu'aux examens périodiques, spéciaux et de reprise.

Par ailleurs, les apprentis feront l'objet d'une surveillance médicale particulière.

Tout travailleur peut, en outre, à sa demande, bénéficier de visites spontanées

L'Organisme employeur est tenu de prendre en considération les avis du médecin du travail.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 18 :** Le médecin du travail peut effectuer ou faire effectuer des prélèvements aux fins d'analyses ou tout examen toutes fins utiles.

Au vu des résultats de ces analyses ou tout examen, il recommande toute mesure jugée nécessaire à la préservation de la santé des travailleurs.

### CHAPITRE IV REGLES GENERALES EN MATIERE DE FORMATION ET D'INFORMATION

**Article 19 :** L'instruction, l'information et la formation relatives aux risques professionnels constituent une obligation qui s'impose à l'organisme employeur. Les représentants des travailleurs sont obligatoirement associés à toutes ces activités.

Elles constituent également un droit et un devoir pour les travailleurs et font l'objet d'une prise en charge par les Institutions, services et organismes publics concernés.

**Article 20 :** Les règles générales d'hygiène et de sécurité relatives aux risques professionnels doivent être incluses dans les programmes d'enseignement et de formation professionnelle.

**Article 21 :** Les travailleurs nouvellement recrutés, ainsi que ceux appelés à changer de poste, de méthodes ou de moyens de travail, doivent être instruits, au moment de leur affectation, des risques auxquels ils peuvent être exposés à leur poste de travail.

**Article 22 :** En fonction de la fréquence et la gravité des risques observés par tout organe ou structure ou personne compétente en matière d'hygiène, de sécurité et de médecine du travail, des actions de formation particulière sont organisées pour les travailleurs, aux fins de prévention.

Les conditions d'organisation de l'instruction, de l'information et de la formation des travailleurs, dans le domaine de prévention des risques professionnels, sont fixées par voie réglementaire.

### CHAPITRE V ORGANISATION DE LA PREVENTION

**Article 23 :** Des commissions paritaires d'hygiène et de sécurité sont instituées obligatoirement, sous réserve des dispositions prévues au 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article 25 ci-dessous, au sein de chaque organisme employeur occupant plus de neuf (9) travailleurs dont la relation de travail est à durée indéterminée, en application de la législation relative à la participation des travailleurs.

Nonobstant les dispositions relatives à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus, l'organisme employeur, occupant plus de neuf (09) travailleurs dont la relation de travail est à durée déterminée, doit obligatoirement désigner un préposé permanent à l'hygiène et à la sécurité assisté de deux travailleurs les plus qualifiés en la matière.

Dans les unités et établissements occupant neuf (09) travailleurs et moins, un préposé à l'hygiène et à la sécurité est désigné par le chef de l'unité ou l'établissement.

Les membres des commissions paritaires d'hygiène et de sécurité et les préposés à l'hygiène et à la sécurité, doivent bénéficier d'actions de formation pratiques et appropriées.

**Article 24 :** Sans préjudice des dispositions de l'article 23 ci-dessus, lorsque plusieurs entreprises, relevant de la même ou de plusieurs branches professionnelles exercent leurs activités sur les mêmes lieux de travail pendant une durée déterminée et font notamment, appel à des travailleurs dont la relation de travail est à durée déterminée, des comités inter-entreprises sont obligatoirement institués, après enquête et agrément des services territorialement compétents du ministère chargé du travail.

Les attributions, la composition, l'organisation et le fonctionnement de ces comités sont fixés par voie réglementaire.

**Article 25 :** Outre la création des organes d'hygiène et de sécurité prévus par les dispositions des articles 23 et 24 ci-dessus, il peut être créé, au niveau des secteurs d'activité à haut degré de risque, des organismes chargés d'actions complémentaires et spécifiques en matière d'hygiène et de sécurité.

Toutefois, lorsque la nature des activités de l'organisme employeur ne permet pas l'institution de commission d'hygiène et de sécurité dans les conditions prévues à l'article 23 ci-dessus, celui-ci est tenu de s'affilier à l'un des organismes cités à l'alinéa précédent, lequel sera chargé de l'ensemble des actions prévues en matière d'hygiène et de sécurité.

Les modalités de création, les attributions, l'organisation et de fonctionnement de ces organismes sont fixées par voie réglementaire.

**Article 26 :** Chaque fois que l'importance de l'organisme employeur ou la nature de ces activités l'obligent, il est obligatoirement créé un service d'hygiène et de sécurité en milieu du travail.

Ce service sera placé, autant que possible, sous la responsabilité et le contrôle d'un personnel ayant acquis une formation adéquate dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité.

Les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des services d'hygiène et de sécurité en milieu du travail ainsi que leur attribution sont fixés par voie réglementaire.

**Article 27 :** Il est institué un Conseil National d'Hygiène, de sécurité et de médecine de travail chargé de participer, par des recommandations et des avis, à la définition de la politique nationale de prévention des risques professionnels.

Dans ce but, le Conseil National d'Hygiène de sécurité et de Médecine du Travail est chargé particulièrement :

de participer, par des recommandations et des avis à l'établissement de programmes annuels et pluriannuels en matière de prévention des risques professionnels et de favoriser la coordination des programmes mis en œuvre,

de contribuer à la définition des voies et moyens nécessaires à l'amélioration des conditions de travail ;

d'examiner les bilans périodiques des programmes réalisés et de donner des avis sur les résultats obtenus.

La composition, l'organisation et le fonctionnement de ce conseil sont fixés par voie réglementaire.

## CHAPITRE VI FINANCEMENT

**Article 28 :** La réalisation de l'ensemble des activités relatives à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail est financée par l'organisme employeur.

**Article 29 :** Les ressources des organismes prévus à l'article 25 ci-dessus sont constituées par une cotisation à la charge des organismes employeurs affiliés.

Le taux et l'assiette de la cotisation sont fixés par la loi.

**Article 30 :** Dans le cadre des dispositions de la présente loi, le fonds de prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles prévu à l'article 74 de la loi n°83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles concourt au financement d'actions spécifiques programmées, en vue de prévenir les accidents de travail et les maladies professionnelles. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

## CHAPITRE VII CONTROLE

**Article 31 :** Le contrôle de l'application de la législation en matière d'hygiène, de sécurité et de médecine du travail est dévolu à l'inspection du travail, conformément à ses attributions.

Lorsque des infractions à cette législation sont constatées, l'inspecteur du travail met le responsable de l'organisme employeur en demeure de se conformer aux prescriptions prévues par la loi et la réglementation en vigueur.

**Article 32 :** L'organisme employeur doit présenter sur requête de l'inspecteur du travail, les registres et documents spéciaux tenus en vue de permettre un contrôle effectif des activités en matière d'hygiène et de sécurité.

En outre, la commission d'hygiène et de sécurité, le préposé et à la sécurité, ainsi que le médecin du travail peuvent saisir, à tout moment, l'inspecteur du travail en cas de constat d'une négligence flagrante et d'un risque pour lequel des mesures appropriées n'ont pas été prises par l'organisme employeur préalablement avisé.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 33 :** Indépendamment du contrôle technique et administratif dévolu au service de santé, le contrôle de l'application de la législation en matière de médecine du travail est exercé par l'inspecteur du travail et par les services de santé compétents qui désignent, à cet effet, les médecins chargés de la fonction de contrôle et d'inspection.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

**Article 34 :** Si un membre de la commission d'hygiène et de sécurité ou un préposé à l'hygiène et à la sécurité, ou le médecin du travail, ou tout travailleur, constate qu'il existe une cause de danger imminent, il en avise immédiatement les responsables de la sécurité, ou le responsable d'unité, ou leurs représentants ou leurs remplaçants dûment mandatés, à l'effet de prendre rapidement les mesures nécessaires et appropriées.

Cet avis, assorti de toutes les observations, doit être consigné dans un registre spécial tenu à cet effet et communiqué, dans les 24 heures, à l'inspecteur du travail territorialement compétent, par le responsable de l'unité ou son remplaçant dûment mandaté, au cas où ce dernier ne prend pas les dispositions nécessaires.

En cas d'impossibilité d'aviser les personnes mentionnées à l'alinéa ci-dessus, le travailleur ou les travailleurs les plus qualifiés qui constatent une cause de danger imminent sont habilités à prendre toutes les mesures qui s'imposent.

Lorsque l'inspecteur du travail, en visite d'inspection dans une unité, constate une cause de danger imminent, soit pour la sécurité des personnes, soit pour la préservation de l'unité, il saisit la Wali qui prend toute mesure utile.

## CHAPITRE VIII SANCTIONS

**Article 35 :** Les contrevenants aux dispositions de la présente loi et, notamment, ceux visés aux articles 1, 2 et 11 ci-dessus.

**Article 36 :** Lorsque la négligence ou l'inobservation des règles de sécurité, d'hygiène et de médecine du travail sont commises par le gestionnaire, tel que défini par l'article 30 de la loi 78-12 du 5 août 1978 portant statut général du travailleur, et ce dans la limite de ses compétences en la matière, celui-ci est passible de peines prévues aux articles ci-dessus.

Lorsque les infractions citées à l'alinéa précédent sont imputables à des travailleurs, elles sont censées être le fait du gestionnaire si celui-ci n'a pas pris les mesures nécessaires de nature à faire respecter les prescriptions légales en la matière et n'a pas pris de sanctions disciplinaires à l'encontre des travailleurs auteurs de ces infractions.

Toutefois, la responsabilité du gestionnaire n'est pas engagée si ces infractions sont commises intentionnellement par les travailleurs.

**Article 37 :** Toute violation des prescriptions des articles 8, 10, et 34 ci-dessus, est passible d'une amende de 1 000 à 2 000 DA.

En cas de récidive, ces infractions entraînent un emprisonnement de deux à six mois et une amende de 4 000 à 6 000 DA, ou l'une des peines seulement.

L'amende peut être appliquée autant de fois qu'il y a de travailleurs exposés au danger, du fait de l'absence des mesures de salubrité et de sécurité prescrites.



**Article 38** : Tout contrevenant aux dispositions des articles 3,5,6,7,11,13,14,17,23,24,25,26, et 28 ci-dessus est passible d'une amende de 500 à 1 500 DA.

En cas de récidive, il encourt une peine d'emprisonnement de trois mois au plus et une amende de 2 000 à 4 000 DA, ou l'une des deux peines seulement.

**Article 39** : Tout contrevenant aux dispositions des articles 21 et 22 ci-dessus est passible d'une amende de 500 à 1 500 DA.

En cas de récidive, l'amende est de 2 000 à 4 000 DA.

**Article 40** : Dans tout les cas visés aux articles 37, 38, et 39 ci-dessus la récidive, constatée par procès-verbal établi par l'inspection du travail, peut entraîner, sur décision du tribunal, la fermeture totale ou partielle de l'établissement, jusqu'à l'exécution des travaux prescrits par la législation en vigueur, en vue d'assurer l'hygiène et la sécurité des travailleurs. La mainlevée de cette fermeture est ordonnée par la juridiction qui a ordonnée la peine.

**Article 41** : Les sanctions prévues aux articles 37, 38,39 et 40 ci-dessus ne sont pas exclusives des peines qui pourraient être prononcées en application du code pénal, en cas d'accident du travail ayant entraîné mort ou lésions au sens de la législation en vigueur.

**Article 42** : Les pénalités prévues aux articles 37, 38,40 et 41 ci-dessus sont indépendantes des actions de caractère professionnel qui pourraient être prises dans le cadre de la législation en vigueur.

**Article 43** : Le travailleur est tenu au strict respect des règles et consignes relatives à l'hygiène et à la sécurité du travail.

En cas de négligence ou d'inobservation de ces règles ou consignes, l'auteur est passible des sanctions prévues au règlement intérieur de l'organisme employeur.

#### **CHAPITRE IX DISPOSITIONS DIVERSES**

**Article 44** : Pour les établissements en activité à la date d'effet de la présente loi, les organismes employeurs doivent se conformer aux mesures prescrites en matière d'hygiène, de sécurité et de médecine du travail dans un délai d'une année.

**Article 45**: Sont fixées par voie réglementaire :

Les prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène, de sécurité et de médecine du travail ;

Les prescriptions particulières relatives à certains secteurs d'activités et à certains modes de travail.

#### **CHAPITRE X DISPOSITIONS FINALES**

**Article 46** : Sont abrogées toutes dispositions à la présente loi, notamment celle des articles 241 à 302 et 349 à 353 de l'ordonnance n° 75-31 du 29 Avril 1975 relative aux conditions générales de travail dans le secteur privé.

**Article 47**: La présente loi sera publiée au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Chadli BENDJEDID**



## Décret exécutif n 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail

Le Chef du Gouvernement ;  
Sur le rapport conjoint du ministre de la santé et de la population et du ministre du travail et des affaires sociales ;  
Vu la Constitution, notamment ses articles 51, 52, 81, et 116 ;  
Vu la loi n°83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, en son article 68 ;  
Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection à la promotion de la santé modifiée et complétée ;  
Vu la loi n°88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et la médecine du travail ;  
Vu la loi n° 90-03 du 6 février 1990 relative à l'inspection du travail ;  
Vu la loi n° 90 -11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail modifiée et complétée, notamment ses articles 5 à 17 ;  
Vu le décret n° 81-242 du septembre 1981 portant création et organisation des secteurs sanitaires, modifié ;  
Vu le décret n° 84-26 du février 1984 portant dissolution de l'organisme national Interentreprises de médecine du travail, notamment son article 8 ;  
Vu le décret n°86-25 du 11 février 1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires, modifié par le décret n° 86- 294 du 16 décembre 1986 ;  
Vu le décret exécutif n° 91- 05 du 19 janvier relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail ;  
Vu le décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes de santé publique ;  
Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991 portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires, modifié ;  
Vu le décret exécutif n° 92-492 du 28 décembre 1992 modifiant et complétant le décret exécutif n° 91-472 du 7 décembre 1991 portant régime indemnitaire des spécialistes hospitalo-universitaires ;

### Décète :

**Article 1 :** Le présent décret, pris en application de l'article 45- 1 de loi n 88-07 du 26 janvier 1988 et de l'article 76 de la loi n° 85-05 du février 1985 susvisées, a pour objet de fixer les règles générales d'organisation et de fonctionnement de la médecine du travail au sein, de tout organisme employeur tel que prévu à l'article 2 de la loi n° 88-07 du janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ,

### Chapitre I

#### Organisation et financement de la médecine du travail

**Article 2 :** En application des articles 13 et 14 de la loi n 88-07 du 26 janvier 1988 susvisée, la création d'un service de médecine du travail au sein de tout organisme employeur est obligatoire lorsque le temps nécessaire à un médecin du travail pour exercer sa mission est ou supérieur à la durée mensuelle légale de travail applicable au corps médical, et ce compte tenu des normes fixées à l'article 3 ci-dessous,

**Article 3 :** Le temps nécessaire à un médecin du travail pour exercer sa mission tel prévu à l'article 2 ci- dessus est calculé sur la base des horaires minimaux suivant

-- une heure de travail par mois pour dix travailleurs fortement exposés,

--une heure de travail par mois pour quinze (15) travailleurs moyennement ou peu exposés ;

Les horaires prévus ci-dessus peuvent être augmentés, compte-tenu de critères ayant à la nature de l'activité, à la taille et à la situation géographique de l'organisme employeur et ce, conformément aux objectifs arrêtés en matière de planification sanitaire,

Un arrêté interministériel des ministres chargés respectivement du travail et de la santé, déterminera les travaux ou les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels

**Article 4 :** Lorsque les normes fixées aux articles 2 et 3 ci-dessus ne sont pas réunies, la médecine du travail est assurée par les structures ou personnes prévues à l'article 14 de la loi n 88-07 du 26 janvier 1988 susvisée et dans les conditions précisées ci- après ;

1° Dans le cas de la création d'un service inter-organismes de médecine du travail, ci s'effectue sur une base territoriale et en fonction des critères de proximité et de concentration

2° Dans le cas de l'établissement d'une convention, selon une convention-type, avec le secteur sanitaire territorialement compétent, la médecine du travail du secteur sanitaire concerné ;

3° Dans le cas de l'établissement d'une convention, selon une convention-type, avec structure compétente en médecine du travail ou tout médecin habilité, celle-ci est établie après accord du secteur sanitaire territorialement compétent, lequel devra examiner la demande de l'organisme employeur et y donner suite dans un délai maximum de quatre vingt dix jours

**Article 5 :** Est considérée comme structure compétente en médecine du travail tel que prévu au 3 alinéa de l'article 4 ci- dessus , toute structure créée conformément aux dispositions de la loi n 85-05 du 16 février 1985 susvisée et dont l'activité exclusive est la médecine du travail

Les compétences territoriales, professionnelles, le nombre d'organismes employeurs ainsi que les effectifs maximums de travailleurs pris en charge par la structure compétente sont fixés par la décision de création de chaque structure,

**Article 6 :** Est considéré comme médecin habilité à exercer la médecine du travail, tel que prévu au 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article 4 ci-dessus, tout médecin titulaire d'un diplôme de spécialité de médecine du travail et autorisé à exercer à titre privé,

**Article 7 :** La création des services inter organismes de médecine du travail est soumise à l'autorisation préalable du ministère chargé de la santé conformément aux articles 10 et 17 de loi n 85 -05 du février 1985 susvisée,

**Article 8 :** L'habilitation prévue à l'article 16 de la loi n88-07 du janvier 1988 susvisée concerne les médecins généralistes spécialistes exerçant ou appelés à titre transitoire jusqu'à une date qui sera fixée par arrêté du ministre chargé de la santé,

**Article 9 :** En application des articles 13,14, et 28 de la loi n88-07 du 26 janvier 1988s susvisée, l'organisme employeur est tenu selon le cas :

--De prendre en charge la totalité des frais d'équipement et de fonctionnement du service de médecine du travail créé en son sein ;

--de participer, dans le cas prévu à l'article 4-1 ci-dessus, aux frais d'équipement et de fonctionnement du service inter organismes de médecine du travail au prorata du nombre de travailleurs qu'il emploie et ce confortement à une convention préalablement établie ;

--de participer, dans les cas prévus à l'article 4-2è et 3è, ci --dessus au financement de la médecine du travail selon les modalités fixées par la convention-type prévue à l'article 14de la loi n88-07 du janvier 1988 susvisée,

**Article 10 :** Dans tous les cas énumérés à l'article 9 ci-dessus, l'organisme employeur prend en charge les frais occasionnés par les examens complémentaires et les analyses effectuées dans le cadre de la médecine du travail en application de l'article 18 de la loi n°88-07 du 26 janvier 1988 susvisée,

**Article 11 :** Les normes en matière de moyens humains, de locaux et d'équipement des services de médecine du travail sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé,

**Article 12 :** En application de l'article 15 de la loi n°88-07 du 26 janvier 1988 susvisée, la structure chargée particulièrement de la médecine du travail assure les taches prévues à l'article 15 de la loi précitée, dans le cadre des dispositions respectives :

-- du décret n 81-242 du 5 septembre 1981 et du décret n 84-26 du 11 février 1984 susvisés en ce qui concerne le secteur sanitaire ou toute structure concernée ;

-- du décret n 86-25 du 11 février 1986 modifié, en ce qui concerne les centres hospitalo-universitaires,

## CHAPITRE II Prérogatives du médecin du travail

**Article 13 :** La visite médicale d'embauchage prévue à l'article 17 de la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 susvisée comporte un examen clinique complet et des examens para-cliniques appropriés, elle a pour objet :

- de rechercher si le travailleur n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs ;
- de s'assurer que le travailleur est médicalement apte au poste envisagé ;
- de proposer éventuellement les adaptations possibles du poste de travail envisagé ;
- de déterminer, s'il y a lieu de procéder, à un nouvel examen ou de faire appel à un médecin spécialiste pour certains cas ;
- de rechercher les postes auxquels, du point de vue médical, le travailleur ne peut être affecté et ceux qui lui conviendraient le mieux.

**Article 14 :** Toute conversation de poste fait l'objet d'une nouvelle visite médicale destinée à s'assurer de l'aptitude du travailleur au poste de travail envisagé,

**Article 15 :** Dans le cadre des examens périodiques et spéciaux prévus à l'article 17 de la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 susvisée, tout organisme employeur est tenu de soumettre à un examen médical périodique, au moins une fois par an, ses travailleurs en vue de s'assurer du maintien de leur aptitude aux postes de travail occupés,

Toutefois, pour les travailleurs prévus à l'article 16 ci-dessous, cette périodicité est fixée à deux fois par an au moins,

**Article 16 :** Outre les apprentis, soumis à une surveillance médicale particulière conformément à l'article 17 de la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 susvisée, les travailleurs prévus à l'article précédent soumis à des examens périodiques et spéciaux sont :

les travailleurs particulièrement exposés aux risques professionnelles ;

les travailleurs affectés à des postes impliquant une responsabilité particulière en matière de sécurité

les travailleurs âgés de moins de 18ans

les travailleurs âgés de plus de cinquante cinq ans,

le personnel chargé de la restauration,

les handicapés physiques et les malades chroniques,

les femmes enceintes et les mères d'un enfant de moins de deux ans :

**Article 17 :** Les examens médicaux obligatoires de reprise prévus à l'article 17 de la loi n°88-07 du janvier 1988 susvisée ont lieu après une absence pour cause de maladie professionnelle ou d'accident du travail, après un congé de maternité, une absence d'au moins vingt et un (21) jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, ou en cas d'absences répétées pour cause de maladie non professionnelle,

Le médecin du travail est informé de ces absences par l'organisme employeur préalablement à la reprise de travail,

Le médecin du travail n'est pas habilité à vérifier le bien fondé des absences pour cause de maladie ou d'accident,

**Article 18 :** Tout travailleur peut bénéficier à sa demande d'une visite médicale assurée par le médecin du travail,

**Article 19 :** Dans le cadre des dispositions de l'article 18 de la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 susvisée, le médecin du travail peut faire effectuer des examens complémentaires ou avoir recours à un spécialiste en vue notamment :

--- de déterminer l'aptitude médicale au poste de travail et notamment de dépister les affections comportent une contre-indication au poste de travail considéré ;

--- de dépister les maladies contagieuses ;

---de dépister les maladies professionnelles ou à caractère professionnel,

**Article 20 :** Le temps nécessaire par les examens médicaux prévus aux articles 13à19 ci-dessus est décompté comme temps de travail pour les travailleurs concernés,

**Article 21 :** Le médecin du travail participe aux travaux des organes légalement constitués au sien des organismes employeurs pour toutes les questions relatives à l'hygiène à la sécurité et à la médecine du travail,

**Article 22 :** Le médecin du travail est le conseiller de l'organisme employeur en ce qui concerne notamment,

-- l'amélioration des conditions de vie et de travail au sien de l'organisme employeur,

--l'hygiène générale des lieux de travail ;

--l'hygiène dans les services de restaurations, les centres d'accueil et les bases de vie ;

--l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;

-- la protection des travailleurs contre les nuisances, notamment l'utilisation des produits dangereux, et les risques d'accident du travail et de maladie professionnelle ;

--l'éducation du personnel dans les domaines de la santé, de l'hygiène et de la sécurité en milieu de travail,

**Article 23 :** En vue de proposer les mesures d'adaptation des postes de travail telles que prévues à l'article 22 ci-dessus, le médecin du travail procède à l'analyse de ces postes au plan de l'hygiène, de la physiologie et de la psychologie du travail,

Le médecin du travail participe à la réadaptation et à la rééducation des handicapés et les accidentés du travail,

**Article 24 :** Le médecin du travail doit être informé par les services compétents de l'organisme employeur :

De la nature et de la composition des produits utilisés, de leurs modalités d'emploi ainsi que des postes ou ces produits sont manipulés ;

---de l'introduction de nouveaux procédés du travail ;

---des résultats de toutes les mesures et analyses effectuées,

**Article 25 :** Le temps que le médecin du travail est tenu de consacrer à la surveillance du milieu de travail au sein de l'organisme employeur et à l'amélioration des conditions de travail, doit être modulé en fonction de la nature des risques, des effectifs et de la forme d'organisation de la médecine du travail,

**Article 26 :** Le médecin, du travail dispose du libre accès à tous les locaux de travail ou destinés au bien être des travailleurs de l'organisme employeur, et ce quel que soit le type d'organisation de la médecine de travail,

**Article 27 :** Outre les tâches de prévention prévus aux articles 13à26 ci-dessus, le médecin du travail organise le traitement des maladies professionnelles et à caractère professionnel des soins d'urgence aux travailleurs victimes d'accidents ou de malaises, ainsi que la prise en charge et le suivi des traitements ambulatoires qui peuvent être prescrits aux travailleurs, et ce en liaison avec les autres structures de santé,

**Article 28 :** En application de l'article 54 de la loi n°85-05 du février 1985 susvisée, le médecin du travail est tenu de déclarer tous les cas de maladies à déclaration obligatoire dont il a connaissance dans les conditions prévues par la législation et la réglementation en vigueur Il déclare en outre les maladies à caractère professionnel, et ce, conformément à l'article 68 de la loi n° 83 13 du 02 juillet 1983 susvisée,

**Article 29 :** Outre le rapport annuel d'activité prévu à l'article 37 ci-dessous, les documents obligatoirement établis par le médecin du travail sont notamment :

le dossier médical individuelle ;

la fiche de visite médicale individuelle ;

le registre d'activité quotidienne et de visites d'embauchage, périodiques, spontanées et de reprise,

le registre spécifique aux exposés ;

le registre des vaccinations en milieu de travail ;

le registre des maladies professionnelles ;

le registre des visites d'ateliers,

Un arrêté interministériel des ministres chargés respectivement de la santé et du travail fixe le contenu ainsi que les modalités d'établissement et de tenue de ces documents,

### **Chapitre III** **Auxiliaires médicaux et soins d'urgence**

**Article 30 :** Dans le cas de l'organisation d'un service de médecine du travail au sien de l'organisme employeur tel que prévu à l'article 14 alinéa 2 de la loi n88-07 du 26 janvier 1988 susvisée, l'organisme employeur doit s'assurer à temps complet le concours d'auxiliaires médicaux ayant l'autorisation d'exercer,

En cas de travail de nuit, un service de garde doit être assuré,

Un arrêté du ministre chargé de la santé précisera les modalités d'application du présent article,

**Article 31 :** Dans le cadre de l'organisation des soins d'urgence telle prévue à l'article 12 avant dernier alinéa de la loi n 88-07 du 26janvier 1988 susvisée, chaque lieu de travail est équipé au minimum d'une trousse de premier secours facilement repérable et accessible placée sous la responsabilité d'un secouriste et contenant des instructions claires pour les premiers soins à donner, dans chaque lieu ou sont effectués des travaux dangereux , un ou plusieurs travailleurs recevront obligatoirement nécessaire pour donner les premiers soins d'urgence, la présence des secouristes ainsi formés ne dispense pas les employeurs des obligations définies à l'article 30 ci-dessus,

### **Chapitre IV** **Contrôle des activités de médecine du travail**

**Article 32 :** En application des articles 31et 33de la loi n 88-078 du 26 janvier 1988 susvisée, l'inspecteur du travail est chargé de veiller au respect, par les organismes employeur de leurs obligations en matière de médecine du travail.

L'action du médecin chargé de la fonction de contrôle et d'inspection concerne, en particulier, les taches de contrôle et d'inspecteur portant sur l'organisation et le fonctionnement des structures de médecine du travail prévues à l'article 14 de la loi n88-07 au 26 janvier 1988 précitée ;

**Article 33 :** Les médecins chargés de la fonction de contrôle et d'inspection sont chargés d'orienter, de coordonner et d'évaluer l'action des médecins du travail

**Article 34 :** Les médecins chargés de la fonction de contrôle et d'inspection sont recrutés au plan national parmi les médecins spécialistes en médecine du travail et nommés par arrêté du ministre chargé de la santé,

L'arrêté de nomination fixe la compétence territoriale du médecin chargé de la fonction de contrôle et d'inspection,

**Article 35 :** Les médecins chargés de la fonction de contrôle et d'inspection disposent du libre accès dans les entreprises, unités ou établissement, ils peuvent procéder ou faire procéder à tout prélèvement aux fins d'analyses qu'ils jugent utiles pour contrôle de l'application de la réglementation en matière de médecine du travail,

**Article 36 :** Conformément à l'article 17 de la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 susvisée, les avis du médecin du travail, qui l'organisme employeur est tenu de prendre en considération concernent notamment :

les décisions médicales :

l'application de la législation aux emplois réservés aux handicapés ;

l'amélioration des conditions du travail,

Dans le cas où l'avis du médecin du travail n'est pas pris en considération celui –ci saisit l'inspecteur du travail territorialement compétent qui instruit le dossier en relation avec le médecin chargé de la fonction de contrôle et d'inspection compétent,

**Article 37 :** Le médecin du travail établit en fin d'année un rapport faisant état de l'organisation et du fonctionnement des activités médicales effectuées,

Il procède également, à l'établissement, à l'étude et à l'exploitation des statistiques sur l'état sanitaire des travailleurs en rapport avec le milieu de travail,

Ce rapport, accompagné des observations des représentants des travailleurs est transmis par l'organisme employeur au service de médecine du travail du secteur sanitaire compétent,

Un rapport-type du médecin du travail est fixé par arrêté interministériel des ministères chargés respectivement de la santé et du travail,

**Article38 :** Le secteur sanitaire établie une synthèse de l'ensemble des activités de médecin du travail et la transmet aux ministres chargés respectivement de la santé et du travail,

**Article 39 :** En application des dispositions de l'article 31 de la loi n 88-07 du 26 janvier 1988 susvisée, le délai fixé par l'inspection du travail à l'organisme employeur pour les prescriptions donnant lieu, à l'application de la procédure de mise en demeure ne peut être inférieur aux délais minimaux d'exécution prévus ci- après :

1° délai minimum de trois (3) mois pour les prescriptions prévues aux articles 2, 4, 9, et 11 ;

2° délai minimum d'un (1) mois pour les prescriptions prévues aux articles 3, 7, 10, 15, 16,20 27,30 alinéas 1 et 31 alinéa 2 ;

3° délai minimum de huit (8) jours pour les prescriptions prévues aux articles 14, 17, 18,19, 21, 24, 25, 30, alinéa 2, 31, alinéa 1,36 et 37 ;

4° délai minimum d'un (1) jour pour les prescriptions prévues aux articles 26 et 36,

**Article 40 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire,

Fait à Alger, le 15 mai 1993

**Bélaid ABDELSSALEM**

**Arrêté interministériel du 02 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 2 avril 1995 fixant la convention type relative à la médecine du travail établie entre l'organisme employeur et le secteur sanitaire ou la structure compétente ou le médecin habilité.**

Le Ministre des Finances,

Le Ministre de la santé et de la Population et,

Le Ministre du Travail et de la protection sociale.

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée,

Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;

Vu la loi n° 90-03 du 6 février 1990 relative à l'inspection du travail ;

Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail ;

Vu le décret n° 81-242 du 05 septembre 1981, modifié et complété, portant création et organisation des secteurs sanitaires ;

Vu le décret n° 86-25 du 11 février 1986, modifié, portant statut-type des centres hospitalo-universitaires ;

Vu le décret exécutif n° 91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu du travail.

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 25 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique, modifié par le décret exécutif n° 93-228 du 05 octobre 1993.

Vu le décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

Vu l'arrêté interministériel du 4 juillet 1987 fixant la valeur monétaire des lettres-clefs relatives aux actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux ;

**Arrêtent:**

**Article 1<sup>er</sup>.** Le présent arrêté a pour objet de fixer la convention type relative à la médecine du travail établie en application de l'article 14 de la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 et des articles 4 et 9 du décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 susvisés entre l'organisme employeur d'une part et le secteur sanitaire ou la structure compétente ou le médecin habilité d'autre part. La convention-type prévue est annexée au présent arrêté.

**Article 2 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 2 Avril 1995

Le Ministre du travail  
et de la protection sociale

**Mohamed LAICHOUBI**

P. le ministre des finances  
et par délégation

*Le directeur de cabinet*

**Mohamed SEBAIBI**

P. Le Ministre de la santé et de la population

Et par délégation

*Le directeur du cabinet*

**Mohamed AOUALI**

ANNEXE

CONVENTION-TYPE RELATIVE A LA MEDECINE DU TRAVAIL  
ETABLIE ENTRE L'ORGANISME EMPLOYEUR ET LE SECTEUR SANITAIRE  
OU LA STRUCTURE COMPETENTE OU LE MEDECIN HABILITE.

LE CONTRACTANT (L'ORGANISME EMPLOYEUR) :.....(1)

Adresse : .....

Dûment représenté par :.....

D'une part,  
et

LE PRESTATAIRE :

Le secteur sanitaire de.....(2)

Adresse :.....

Dûment représenté par :.....

Ou la structure compétente en médecine du travail.....(2)

Adresse.....

Ou le médecin habilité :.....(2)

Adresse.....

D'autre part,

Après accord du secteur sanitaire de :.....

En date du :.....

(1) Nom et raison sociale

(2) rayer la mention inutile.

Conviennent de ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup> : Objet de la convention :**

La présente convention a pour objet d'assurer par le prestataire la prise en charge en matière de médecine du travail, de l'ensemble des travailleurs du contractant, conformément à la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail et le décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail et à la présente convention.

**Article 2 : Obligations du contractant :**

Le contractant s'engage à :

- assurer la prise en charge financière de la médecine du travail,
- respecter la programmation des visites médicales établies conjointement avec le prestataire,
- libérer les travailleurs et les acheminer au lieu où doivent se dérouler les examens médicaux,
- respecter les règlements intérieurs de l'organisme prestataire.
- informer de manière systématique, le prestataire des départs recrutements ainsi que de tout problème touchant à l'hygiène et à la sécurité.
- associer le médecin du travail relevant du prestataire à toute initiative intéressant le domaine de l'hygiène et de la sécurité et notamment aux réunions de la commission paritaire d'hygiène et de sécurité.
- à faciliter la tâche du médecin du travail de l'organisme prestataire en lui permettant le libre accès à tous les lieux de travail et locaux conçus pour le bien être des travailleurs,
- à prendre en charge financièrement la réalisation des examens complémentaires prescrits pour déterminer l'aptitude au poste de travail ou la prévention et le dépistage des lésions d'origine professionnelles

**Article 3 : Obligations du prestataire :**

Le prestataire s'engage à assurer au profit du contractant.

les examens médicaux prévus par la législation et la réglementation en vigueur et une fois par an, au moins, pour chaque travailleur du contractant,

les examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude et à la prévention ou au dépistage des lésions professionnelles ;

l'éducation sanitaire des travailleurs selon des modalités à arrêter avec le médecin du travail,

la participation du médecin du travail aux travaux de la commission paritaire d'hygiène et de sécurité du contractant,

les visites des lieux de travail en vue de la surveillance des conditions de travail ainsi que toute enquête ou étude nécessitée par l'état de santé des travailleurs.

Dans tous les cas, le prestataire assurera au moins une visite semestrielle durant une journée, des lieux de travail du contractant.

**Article 4 : Rémunération des prestations :**

La rémunération des prestations s'effectuera sur la base :

- d'une somme de 100 DA par travailleur dans le cas où la prestation est assurée par un médecin spécialiste,
- d'une somme de 50 DA par salarié dans le cas où la prestation est assurée par un médecin généraliste.

La somme visée à l'alinéa premier ci-dessus comprend la rémunération de l'ensemble des prestations à l'exclusion des examens complémentaires prescrits dans le cadre de la médecine du travail.

Ceux ci seront facturés en sus selon la tarification en vigueur.

**Article 5 : Conditions de paiement :**

Le paiement des prestations s'effectuera par le contractant avant la fin du premier trimestre de l'année civile ayant suivi l'année des prestations de services.

Le paiement des examens complémentaires s'effectuera dès réceptions des factures par le contractant.

**Article 6 : Durée de validité de la convention :**

La présente convention est conclue pour une durée d'une année renouvelable par tacite reconduction.

Il appartient à chaque partie désirant le non renouvellement de cette convention, de notifier sa volonté à l'autre partie 3 mois avant l'échéance de la convention.

Est considéré comme résiliation unilatérale de la convention, le non respect par le contractant d'une ou de plusieurs clauses des articles 2 et 3 ci-dessus.

**Article 7 :** Les représentants du contractant et du prestataire devront parapher chaque page de chacun des exemplaires de la présente convention établie en six exemplaires et apposer leurs signatures à l'endroit indiqué à cet effet en le faisant précéder de la mention : «Lu et approuvé ».

Une copie de la convention-type sera transmise au service de médecine du travail du secteur sanitaire territorialement compétent et deux (2) copies seront transmises aux services de la santé et la protection sociale de la wilaya.

Fait A.....LE.....

Lu et approuvé  
Le prestataire  
(Nom et fonction du signataire)

Lu et approuvé  
Le Contractant  
(Nom et fonction du signataire)



**Instruction Ministérielle n°24 du 29 janvier 1989 relative à la mise en œuvre  
de la protection des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants**

**Destinataires :**

- |                                                            |                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • MM. Les Walis (cabinet)                                  | Pour information                                                                                                                                                   |
| • MM. Les Walis (division de la Santé et de la Population) | Pour exécution                                                                                                                                                     |
|                                                            | Pour exécution et diffusion aux médecins chefs de service de médecine du travail et des services utilisateurs de rayonnements ionisants et substances radioactives |
| • MM. Les Chefs de services de la santé                    |                                                                                                                                                                    |
| • MM. Les Directeurs Généraux des CHU                      |                                                                                                                                                                    |
| • MM. Les Directeurs des Secteurs Sanitaires               |                                                                                                                                                                    |

**Référence :**

- Décret n°81-132 du 27 mai 1986 fixant les règles de protection des travailleurs contre les risques de rayonnements ionisants ainsi que celle relatives au contrôle de la détention et de l'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants ;
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 précisant les conditions d'utilisation des Dosimètres individuels destinés au contrôle des équivalents de dose reçus par les travailleurs soumis au risque d'exploitation externe ;
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les limites de dose annuelle d'exposition aux rayonnements ionisants ;
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant la détermination et la signalisation particulière des zones réglementaires et interdites ;
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les modalités de détention et d'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants à des fins médicales ;
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les méthodes de contrôle en matière d'utilisation des sources radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants ;
  - Arrêté interministériel du 10 février 1988 portant classification des principaux radionucléides ;
- Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les limites dérivées de concentration dans l'air et les limites d'incorporation annuelles ainsi que les valeurs de facteurs de qualité et de débit de fluence des neutrons.

L'exposition professionnelle aux substances radioactives et aux rayonnements ionisants peut être entraînée en l'absence de mesures et de prévention des altérations de la santé pouvant se traduire par des affections aiguës ou chroniques graves. Mais aujourd'hui il est devenu possible de prévenir les conséquences liées à l'utilisation des substances radioactives par l'institution d'un contrôle médical rigoureux par le respect de certaines règles fondamentales de travail par le recours à des moyens de préventions appropriés.

Des actions préventives sont actuellement menées mais elles restent insuffisantes et mal coordonnées.

C'est pourquoi en application du décret n°86-132 du 27 mai 1986 et des arrêtés interministériels sus-cités un Programme National de Radioprotection doit être mis en œuvre.

Les axes de ce programme seront orientés notamment vers des actions de contrôle médical de suivi dosimétrique de contrôle dosimétrique et de contrôle des installations visant la prise en charge locale de la radioprotection.

Ce programme touchera dans une première phase l'ensemble des personnels de santé affectés à des travaux sous rayonnements et dans une et dans une deuxième étape les travailleurs de l'ensemble des autres secteurs utilisateurs de substances radioactives et d'appareils émettant des rayonnements ionisants.

Il appartient au service de médecine du travail du secteur sanitaire d'entamer rapidement les actions devant aboutir à la mise en place d'un dispositif de radioprotection.

Ces actions ne devraient poser aucun problème pour les Centres Hospitalo-Universitaires et certains Etablissements Spécialisés qui disposent d'un service de médecine du travail hospitalo-universitaire.

Elles sont également aisément réalisables dans les secteurs sanitaires disposant d'un service où exercent des spécialistes en médecine du travail.

Ces structures doivent en conséquence achever impérativement la mise en place d'un programme de radioprotection au bénéfice de l'ensemble de leurs travailleurs à l'échéance du 1<sup>er</sup> juillet 1989.

Les secteurs Sanitaires ne disposent pas de spécialistes en médecine du travail doivent initier le programme de radioprotection dans le courant du premier semestre 1989 avec leurs médecins généralistes affectés à la médecine du travail et faire part au Ministère de la Santé Publique (Sous-Direction de la médecine du travail et de l'hygiène en milieu éducatif) de leur besoins en matière de recyclage de ces praticiens (nombre et état nominatif) ainsi que toute difficulté rencontrée dans l'exécution du programme.

Ils doivent achever la mise en place du dispositif de radioprotection à l'échéance du 31 décembre 1989.

Outre les actions spécifiques qui devront être développées par le service de médecine du travail la réalisation de ce programme fera appel à la contribution des services spécialisés du Haut Commissariat à la Recherche.

Ce programme dont l'exécution nécessite une étroite collaboration entre les services de médecine du travail des secteurs sanitaires spécialisés du Haut Commissariat à la Recherche les services de radiologie de radiothérapie, les services et laboratoires utilisant des substances radioactives de la division de médecine de travail de l'INSP s'articule autour des actions suivantes :

**1. Surveillance médicale :**

**1.1. L'organisation :**

L'organisation du contrôle médicale a pour but de jouer avant l'emploi de l'aptitude de tout travailleur aux travaux auxquels il sera affecté, d'établir pendant l'emploi un bilan de son état de santé à la fin de l'emploi et après l'emploi à toute maladie professionnelle tardive.

Le contrôle médical des travailleurs exposés à des rayonnements ionisants doit obéir aux dispositifs du titre IV du décret n°86-132 du 17 mai 1986 fixant les règles de protection des travailleurs contre les risques de rayonnements ionisants.

Ce contrôle médical comprend outre les investigations générales effectuées habituellement des explorations spéciales portant sur les organes les plus radio-sensibles (peau, gonades, système hématopoïétique, ...). Concernant les examens périodiques, ceux ci devront être au moins semestriels le médecin du travail pouvant selon les cas augmenter la fréquence de ces examens.

Les visites d'embauchages devront avoir lieu l'affectation.

## **1.2. Moyens :**

Ce contrôle médical est réalisé au niveau du service de médecine du travail du secteur sanitaire par des médecins du travail ou des médecins généralistes des activités de médecine du travail.

Les examens para cliniques notamment hématologique (formule numération sanguine avec taux de plaquettes) seront réalisés au niveau du plateau technique du secteur sanitaire.

Le dossier médical de médecine du travail auquel sont annexées les fiches de contrôle dosimétrique (dont le modèle est ci-joint) constitue le dossier médical spécialisé visé par l'article 51 du décret n°86-132 du 27 mai 1986.

## **2. Contrôle dosimétrique :**

### **2.1. Moyens :**

Le contrôle dosimétrique individuel des travailleurs exposés est obligatoire conformément aux dispositions du décret sus-cité et doit d'effectuer selon les conditions précisées par l'arrêté interministériel du 10 février 1988 relatif aux conditions d'utilisation des dosimètres individuels.

Le suivi dosimétrique visant la détection physique des rayonnements absorbés est réalisé par les moyens appropriés définis et mis à la disposition du personnel exposé par les services spécialisés du Haut Commissariat à la Recherche.

La périodicité de ce contrôle est mensuelle.

### **2.2. Organisation :**

Les services spécialisés du Haut Commissariat à la Recherche fournissent les dosimètres, procède au traitement et communiquent les résultats du contrôle au plus tard trente (30) jours après la réception des dosimètres au secteur sanitaire (service médecine du travail).

Les envois et renvois de colis se font par voie postale en « recommandé ».

Le service de médecine du travail transmettra en retour de réception des dosimètres de la nouvelle période ceux de la période écoulée dans un délai de 48 heures. Les besoins identifiés dans ce domaine sont communiqués à la direction du secteur sanitaire par le service de médecine du travail.

Aussi, il appartient aux secteurs sanitaires qui n'assurent pas encore le contrôle dosimétrique de l'ensemble de leur personnel manipulant des sources radioactives ou exposé aux rayonnements centres hospitalo-universitaires de prendre attache avec les services de centre de radioprotection et de sûreté (Haut Commissariat à la Recherche) 2, Boulevard Frantz Fanon à Alger pour établir une convention pour le contrôle dosimétrique mensuel des travailleurs exposés selon une convention-type dont le modèle est joint en annexe.

Les dispositions nécessaires en vue du port obligatoire du dosimètre par le personnel exposé ; de l'installation d'un tableau où son impérativement accrochés en fin de travail les dosimètres de la non utilisation à d'autres fins de dosimètres témoins d'ambiance seront prises par le service de médecine du travail.

Les données relatives au contrôle physique individuel sont communiquées régulièrement au service de médecine du travail pour chaque travailleur et doivent être reportées sur la fiche de contrôle dosimétrique prévue et cet effet modèles ci-joint. Ces données combinées à celle obtenues par les examens médicaux généraux et spéciaux doivent permettre d'aboutir à des conclusions permettant de juger de l'aptitude d'un sujet à un travail déterminé.

En ce qui concerne les travailleurs exposés aux risques de contamination et une fois l'identification des risques faites il est possible de faire effectuer les examens anthropométriques et radio toxicologique par les services spécialisés du Haut Commissariat à la Recherche (Centre de radioprotection et de Sûreté).

Dans tous les cas un membre correspondant et un membre suppléant seront désignés pour les contacts avec les services du HCR parmi le personnel du service de médecine du travail.

### **3. Contrôle radiologique des installations :**

Les opérations de contrôle d'ambiance, de contrôle des sources radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants seront effectuées par des équipes spécialisées du CRS/HCR telles que fixées l'arrêté du 10 février 1988 fixant les méthodes de contrôle en matière d'utilisation des sources radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants et l'arrêté fixant les modalités de détention et d'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants à des fins médicales.

Un planning de contrôle sera effectué à cet effet par les parties concernées (organismes, utilisateurs et CRS)).

Ces contrôles se feront avant la mise en service des installations et des appareils puis selon une périodicité qui dépend de la nature des sources et en cas de modification ou après dépassement des limites de doses.

### **4. Stockage des substances radioactives :**

#### **Récupération des déchets radioactifs :**

L'aménagement d'aires de stockage des sources radioactives, leur signalisation, l'évacuation et l'élimination des déchets radioactifs sont des opérations qu'il faut impérativement engager dans tout programme de radioprotection.

La Direction du CHU de l'établissement spécialisé ou du secteur sanitaire formulera à cet effet ses besoins dans ce domaine aux services spécialisés du CRS/HCR qui apporteront l'assistance technique nécessaire.

### **5. Désignation d'une personne compétente en radioprotection :**

Considérant l'importance et la complexité des actions à réaliser et dans un souci d'efficacité il y a lieu nécessairement de désigner un technicien ou un médecin dans chaque service utilisant les substances radioactives.

Ce technicien ou médecin devra être désigné conjointement par le chef de service et le directeur de l'établissement concerné et choisi pour sa compétence en matière de radioprotection (connaissance des appareils et substances, maîtrise de leur utilisation et des risques de contamination éventuelle en radio-protection).

Il devra être informé de tous les dépassements de doses et sera associé à toute enquête ou contrôle sur les équipements.

Il devra en particulier être en mesure de prendre des mesures d'urgence en cas d'accident, de veiller au respect des mesures de protection d'identifier les situations ou modes de travail dangereux et de participer à la formation et à la sécurité des travailleurs.

### **6. Evaluation :**

La mise en œuvre de ce programme de radioprotection devra faire l'objet d'une évaluation régulière établie par le service de médecine du travail et visé par le directeur du secteur sanitaire du CHU ou de l'Établissement Spécialisé dès la fin du deuxième trimestre 1989.

A cet effet le modèle de rapport ci-joint en annexe devra être transmis à la fin du deuxième trimestre 1989 et ultérieurement à la fin de chaque trimestre sous-couvert du service de la santé de la wilaya au Ministère de la Santé Publique, sous-direction de la médecine du travail et de l'hygiène en milieu éducatif et à l'Institut National de Santé Publique division de la médecine du travail.

Un bilan annuel de toutes les activités en matière de radioprotection sera établi par l'Institut National de Santé Publique et communiqué au Ministère de La Santé Publique et au Haut Commissariat à la Recherche.

Aux fins d'évaluation du programme une réunion de coordination aura lieu le courant du premier trimestre de chaque année civile et regroupera les services concernés du Ministère de la Santé Publique du Haut Commissariat à la Recherche et de l'Institut National de Santé publique.

**Le Directeur de la Prévention et de l'Education Sanitaire**



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**CIRCULAIRE N° 01/MSP/DSS DU 11 JANVIER 1997**

DESTINATAIRES : - Messieurs les Walis (CABINET)

« Pour Information »

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale « Pour Exécution »

**Objet: Utilisation des appareils de Radioscopie Conventiennelle.**

Ref\_ : Décret n°86-132 du 27 Mai 1986 fixant les règles de protection des travailleurs contre les risques de rayonnements ionisants ainsi que celles relatives au contrôle de la détention et de l'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants.

- Arrêté du 10 Février 1988 fixant les modalités de détention et d'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants à des fins médicales, modifié et complété ;

L'évaluation des activités de contrôle de conformité des appareils de radiologie à usage médical fait apparaître d'apporter des éclaircissements aux dispositions relatives à l'utilisation des appareils destinés à la radioscopie prévues par l'arrêté du 10 Février susvisé.

En effet, les exigences techniques des appareils de radioscopie en matière de réduction de la section et de l'intensité du faisceau utile que fixée par l'article 4 de l'arrête susvisé répondent à un souci de diminution des doses délivrées au patient et au manipulateur.

Or, les appareils de radioscopie conventionnelles sans amplificateur de brillance (cabine de scopie ou scopie conventionnelle avec ou sans graphie) qui sont encore en cour d'utilisation ne répondent pas à ces exigences. Les doses délivrées aux patients à l'occasion de ces examens sont amplement plus élevées que celles délivrées par des appareils munis d'un amplificateur de brillance.

L'origine de cette surexposition inutile est principalement due à la très faible résolution des écrans utilisés qui imposent le recours à des intensités du courant du tube deux fois plus élevées pour une qualité d'image nettement inférieure.

A ce titre, il convient de considérer au regard de l'article 4 susvisé que les examens radioscopiques ne peuvent être effectués qu'au moyen d'appareils dotés d'un dispositif d'amplification de brillance.

Je vous demande de tenir compte de ces éclaircissements à l'avenir dans le cadre des dossiers d'agrément des pratiques radioscopiques sans amplification de brillance dans les secteurs public, parapublic et privé.

Vous voudrez bien me tenir informé de toutes difficultés rencontrées.

LE DIRECTEUR DES SERVICES DE SANTE

مدير مصالح الصحة  
الحكيم ع شاكو

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**CIRCULAIRE N° 02/MSP/DSS DU 11 JANVIER 1997**

DESTINATAIRES : - MM les Walis (CABINET)  
MM les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale de Wilaya  
MM les Directeur des EHS

« Pour Information »  
« Pour Exécution »  
« Pour Exécution »

**Objet : Mise en œuvre d'un programme d'action en matière de contrôle de conformité radiologique.**

Réf : Décret n°86-132 du 27 Mai 1986 fixant les règles de protection des travailleurs contre les risques de rayonnements ionisants ainsi que celles relatives au contrôle de la détention et de l'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants et ses arrêtés.  
Arrêté Interministériel du 17 Octobre 1987 précisant les conditions d'utilisation des dosimètres individuels destinés au contrôle des équivalents des doses reçues par les travailleurs soumis au risque d'exposition externe.  
Arrêté Interministériel du 17 Octobre 1987 fixant les limites de doses annuelles d'exposition aux rayonnements ionisants.  
Arrêté Interministériel du 17 Octobre 1987 fixant la délimitation et la signalisation particulière des zones réglementées et interdites.  
Arrêté Interministériel du 17 Octobre 1987 fixant les modalités de détention et d'utilisation des substances radioactive et des appareils émettant des rayonnements ionisants à des fins médicales.  
Arrêté Interministériel du 17 Octobre 1987 fixant les méthodes de contrôle en matière d'utilisation des sources radioactive et des appareils émettant des rayonnements ionisants.  
Instruction n° 24 du 28/01/1989 relative à la mise en œuvre de la protection des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants.  
Circulaire n°116 du 24 Février 1992 relative à la mise en application des recommandations du Comité National Médical de radiologie concernant la pratique de l'échographie et l'utilisation des sources radioactive.

La gestion du risque radiologique encourus par les travailleurs professionnellement exposés aux rayonnements ionisants et les patients lors des utilisations de sources à des fins diagnostiques et thérapeutiques comporte dans son dispositif de prise en charge des exigences de sureté radiologique des installations et appareils dont l'importance est amplement établie.  
L'évaluation de l'application des dispositions réglementaires en la matière fait ressortir que l'opération de « gestion risque » est loin d'être finalisée et mérite par conséquent une attention particulière quant à la mise en œuvre des mesures nécessaires à sa consolidation.  
Cette action doit faire l'objet d'une généralisation à tous les utilisateurs de sources de rayonnements en radiologie, et en médecine nucléaire des secteurs public, parapublic et privé.  
Il y aura donc lieu de s'assurer de l'application du décret n°86-132 du 27 Mai 1986 notamment en matière de conformité radiologique des installation et des appareils ainsi que des dispositifs de protection y afférents.

Les contrôles de conformité feront appel à des vérifications qui porteront notamment sur :

L'aménagement et le blindage de l'installation ;  
Les rayonnements de fuite de l'appareil ;  
Les dispositifs de sécurité de l'installation et de l'appareil ;  
L'existence de moyens de surveillance et de protection individuelle et collective ;  
La délimitation et la signalisation des zones réglementées ;  
Ces vérifications sont actuellement assurées par les services du Centre de Radioprotection et de Sûreté 2 Bd Frantz Fanon – BP 399 Alger Gare.

Les Directeurs des CHU, des établissements hospitaliers spécialisés, des secteurs sanitaires devront diligenter les initiatives utiles afin de faire procéder à ces contrôles. Les vérifications des exigences réglementaires donnent lieu à l'établissement de procès-verbaux nécessaires à la délivrance d'une autorisation de détention et d'utilisation des sources radioactives et des appareils à rayonnements ionisants par les services compétents du C.R.S et d'une durée de trois (03) ans.  
Dans le cas où des insuffisances sont constatées il y a lieu de prendre les mesures correctives qui s'imposent dans les meilleurs délais. En tout état de cause, je vous demande de prévoir des inspections à ce sujet et de vérifier notamment que les utilisateurs concernés disposent de l'autorisation délivrée par le C.R.S.  
Je vous demande de veiller à l'application stricte des dispositions de cette circulaire et de me tenir informé de toutes difficultés rencontrées.

LE DIRECTEUR DES SERVICES DE SANTE.

مدير مصالح الصحة  
الحكيم خ شاكو

### I- Généralités sur les rayonnements ionisants :

Les rayonnements sont constitués par des flux de particules en mouvement de nature et d'énergie variées. Ils ont en médecine de nombreuses applications, la plus courante est l'utilisation des RX et des isotopes radioactifs en diagnostic et en thérapie. Les rayonnements sont de deux types, ionisant et non ionisant.

Pour les rayonnements ionisants, les sources a usage médical peuvent être soit de appareils (générateurs de RX), soit des sources radioactives, scellées ou non scellées (Co-60, Tc-99, I-131).

Les effets biologiques des radiations ont pour conséquence d'entraîner des risques pour les personnes qui, soit dans l'exercice de leur profession, soit à l'occasion d'examens ou de traitements se trouvent soumises à une irradiation.

L'utilisation des sources de rayonnements est limitée par des impératifs de santé des travailleurs, de la population et de sûreté des installations.

La radioprotection est la mise en pratique à travers des réglementations, de trois principes fondamentaux, qui sont :

**Justification** : Comme toute exposition peut entraîner un certain risque, il faut avant tout éviter toute exposition inutile. Ainsi, des organismes internationaux ont joué un rôle majeur en limitant des utilisations et en fixant les modalités d'utilisation dans le domaine médical.

**Limites des doses** : pour assurer une protection absolue, il suffit de fixer des règles propres à maintenir l'exposition au dessous de la dose limite.

**Optimisation** : Une optimisation dans les règles de travail est nécessaire vu que les doses reçues dépendent du but recherché et la qualité du travail à accomplir.

### II- Risques et limites d'exposition :

#### **Définition des catégories du personnel :**

Est considérée comme exposé aux rayonnements raisons professionnelles, toute personne dont les conditions habituelles de travail peuvent entraîner un dépassement du 1/10 des limites maximales admissibles.

Pour une bonne organisation de la radioprotection, il est nécessaire de répartir les fonctions de chaque personne dans l'établissement utilisant des rayonnements. Pour ce faire, le personnel est réparti selon des catégories en fonction des risques d'exposition :

**a- Personne directement affectées aux travaux sous rayonnements** : DATR

sont des personnes dont les conditions habituelles de travail peuvent entraîner le dépassement des 3/10 des limites réglementaires d'exposition (catégorie A)

**b- Personnes non directement affectés aux travaux sous rayonnements** : non DATR

(Catégorie B).

Ce sont des personnes pour lesquelles la limite des 3/10 des doses maximales admissibles a très peu de probabilité d'être dépassée.

#### **2- Limites d'exposition professionnelle :**

La sensibilisation aux risques potentiels des radiations tient aux dramatiques circonstances auxquelles ont été associés : les bombardements atomiques au Japon, les retombées des essais nucléaires et l'accident de Chernobyl.

La prise de conscience des risques est très antérieure et en 1928 a été créée la commission Internationale de Protection contre les Rayonnements (CIPR) qui analyse les études et édicte des recommandations servant de base aux dispositions réglementaires.

#### **Normes professionnelles :**

##### **a- exposition externe :**

Toute activité professionnelle comporte certains risques et en milieu médical, le risque lié à l'emploi de sources de radiations n'est qu'un aspect des risques généraux de la profession. Il est cependant utile de fixer des limites et de garantir la sécurité des conditions de travail.

Ces limites dépendent de la catégorie des personnes :

\* Au corps :

Limite / année	Limite / 3 mois	Lim/ 5 ans	
DATR	5 REM	3 REM	10 REM
Non DATR	1.5 REM		
PUBLIC	0.5 REM		

Aux extrémités et pour les DATR, la limite annuelle est de 5° Rem.

\* cas particuliers : Pour les femmes enceintes et pendant les 9 mois de grossesse, l'exposition doit être inférieure aux 2/10 des limites réglementaires annuelles d'exposition, soit 1 Rem ( 10 mSu) au corps.

#### **2- Moyens de protection contre les risques d'exposition externe :**

Trois moyens existent pour se protéger contre l'exposition externe :

##### **a- Le temps :**

Lors des manipulations des sources radioactives, le travail doit être aussi rapide que possible. La dose reçue dépend du temps passé devant la source.

##### **b- La distance :**

Se tenir aussi loin que possible de la source radioactive et ne s'en approcher qu'en cas de nécessité.

Les doses reçues diminuent lorsque la distance entre la source radioactive et la personne irradiée augmente.

Un écran placé entre le manipulateur et la source radioactive diminue considérablement la dose.

#### **3-Moyens de protection contre la contamination :**

Le seul moyen de protection contre la contamination interne ou externe est le respect rigoureux des règles de manipulation des sources radioactives. Ces problèmes ne se posent qu'aux sources non scellées.

##### **Règles de manipulation :**

Porter une blouse et des gants

ne pas pipeter les solutions radioactives à la bouche

Identifier clairement toutes les préparations radioactives

Éliminer les déchets conformément aux consignes particulières les concernant.

Ne pas boire, manger ou fumer en zone contrôlée.

Éviter de porter des bagues et retenir les cheveux.

### **IV – Surveillance en radioprotection :**

Les personnes manipulant des sources radioactives (DATR) sont sujettes à une surveillance particulière. Celle-ci

incluse le port obligatoire d'un dosimètre personnel

(Film) pour l'enregistrement des doses au corps entier ainsi qu'aux extrémités et un contrôle périodique pour l'évaluation des contaminations interne.

L'évaluation du niveau de contamination interne se fait périodiquement grâce aux détecteurs

d'anthropogammamétrie.

Aussi un suivi et une surveillance médicale par les services de la médecine du travail est nécessaire.

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125(alinéa 1er) ;  
Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure civile ;  
Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale ;  
Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;  
Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;  
Vu la loi n° 90-03 du 6 février 1990, modifiée et complétée, relative à l'inspection du travail ;  
Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990 relative à la commune ;  
Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;  
Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail ;  
Vu l'ordonnance n° 95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995 relative aux assurances ;  
Vu la loi n° 03-10 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable ;  
Vu le décret n° 85-231 du 25 août 1985 fixant les conditions et modalités d'organisation et de mise en œuvre des interventions et secours en cas de catastrophes ;  
Vu le décret n° 85-232 du 25 août 1985 relatif à la prévention des risques de catastrophes ;  
Vu le décret n° 86-132 du 27 mai 1986 fixant les règles de protection des travailleurs contre les risques de rayonnements ionisants ainsi que celles relatives au contrôle de la détention et de l'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants ;  
Vu le décret présidentiel n° 96-436 du 20 Rajab 1417 correspondant au 1er décembre 1996 portant création, organisation et fonctionnement du commissariat à l'énergie atomique ;  
Vu le décret présidentiel n° 99-86 du 29 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 15 avril 1999 portant création de centres de recherche nucléaire ;  
Vu le décret exécutif n° 90-78 du 27 février 1990 relatif aux études d'impact sur l'environnement ;  
Vu le décret exécutif n° 91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail ;  
Vu le décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail ;

**Décète :**

CHAPITRE I  
CHAMP D'APPLICATION

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de fixer :

\* les règles générales de protection contre les risques des rayonnements ionisants, en particulier lors des opérations d'importation, de transit, de fabrication, de transformation, d'utilisation, de manipulation, de transport, d'entreposage, de stockage, d'évacuation et d'élimination des substances radioactives et de toute autre pratique qui implique un risque résultant des :

- expositions professionnelles ;
- expositions potentielles ;
- expositions médicales ;
- expositions du public ;

\* situations d'exposition d'urgence ;

\* les règles d'autorisation de la détention et de l'utilisation des substances naturelles ou artificielles et des appareils émettant des rayonnements ionisants destinés à des fins industrielles, agricoles, médicales et scientifiques.

Sont exclues du champ d'application du présent décret les expositions dues aux radionucléides naturellement présents dans le corps humain, aux rayonnements cosmiques à la surface de la terre, et à des concentrations non modifiées de radionucléides dans les matières premières.

**Article 2** : Les conditions et les modalités particulières relatives à la détention et à l'utilisation de sources de rayonnements ionisants à des fins médicales ainsi qu'à des fins industrielles notamment la radiographie industrielle sont déterminées par arrêté ministériel ou conjoint, selon le cas, par les ministres chargés de la santé, du travail et de la sécurité sociale, de l'énergie et des mines et de l'industrie.

**Article 3** : La détention et l'utilisation des sources de rayonnements ionisants sont soumises au régime de l'autorisation à l'exception de celles qui satisfont aux conditions d'exemption prévues ci-après et qui ne nécessitent qu'une déclaration au commissariat à l'énergie atomique. Sont exemptés :

- a) les sources radioactives dont l'activité est inférieure aux limites d'exemption fixées en annexe 1 du présent décret,
- b) les appareils émettant des rayonnements ionisants et contenant des substances radioactives en quantité supérieure aux dites limites d'exemption, à condition qu'elles soient d'un type agréé, ou qu'elles soient sous forme de sources scellées assurant une protection efficace contre tout contact avec les substances radioactives et contre toute fuite de celles-ci et ne présenter en aucun point situé à 0,1 mètre de la surface de l'appareil et dans les conditions de fonctionnement normal, un débit d'équivalent de dose supérieur à 1 u Sv (un microsievert) par heure,
- c) les générateurs de rayonnements ionisants d'un type agréé, et à condition :
  - qu'ils ne présentent en aucun point situé à 0,1 mètre de la surface de l'appareil, et dans les conditions de fonctionnement normal, un débit d'équivalent de dose supérieur à 1 u Sv (un microsievert) par heure ;
  - que l'énergie maximale du rayonnement produit ne soit pas supérieure à 5 keV ;
- d) les pratiques et la source associée à une pratique vérifiant dans toutes les situations possibles que la dose efficace que devrait recevoir en un an toute personne du public du fait de cette pratique ou de cette source est de l'ordre de 10 uSv (dix microsievert) au moins.

**Article 4** : La protection contre l'exposition à des rayonnements ionisants doit être fondée sur les principes généraux suivants :

- toute pratique impliquant une exposition aux rayonnements ionisants doit pouvoir être justifiée par le bénéfice net qu'elle procure en tenant compte des facteurs économiques et sociaux. Sont interdites les pratiques donnant lieu à l'incorporation de substances radioactives lors de la fabrication et de la mise en vente d'aliments, de boissons, de cosmétiques, jouets, bijoux, parures, ou tout autre produit à usage domestique ;
- sans préjudice des dispositions relatives aux expositions exceptionnelles liées aux situations d'urgence, l'exposition de toute personne doit être restreinte de façon que ni la dose efficace totale, ni la dose équivalente totale aux organes ou tissus concernés, ne dépassent la limite de dose applicable. En outre les expositions médicales ne sont pas soumises aux limites de dose ;

— la protection radiologique et la sûreté doivent être optimisées de façon que l'ampleur des doses individuelles, le nombre des personnes exposées et la probabilité des expositions soient maintenus au niveau le plus bas qu'il est raisonnablement possible d'atteindre, compte tenu des facteurs économiques et sociaux.

## CHAPITRE II CONDITIONS DE DETENTION ET D'UTILISATION DES SOURCES DE RAYONNEMENTS IONISANTS

**Article 5 :** L'importation et l'exportation de sources et matières radioactives sont soumises au visa préalable des services du commissariat à l'énergie atomique.

Les appareils émettant des rayonnements ionisants sont soumis à la procédure de déclaration conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 6 :** Toute personne physique ou morale détenant ou devant utiliser une source de rayonnements ionisants dont l'activité est supérieure aux limites d'exemption prévues à l'article 3 ci-dessus, doit solliciter une autorisation auprès du commissariat à l'énergie atomique.

**Article 7 :** La demande d'autorisation est accompagnée d'une déclaration comportant les données ci-après :

1. Pour la déclaration portant sur les matières radioactives :

- le nom du radioélément et son activité initiale à la date de fabrication (en multiples de Becquerel) ;
- l'état physico-chimique de la source ;
- sa forme, scellée ou non scellée ;
- le certificat de conformité de la source radioactive établi par un organisme habilité ;
- le nom et l'adresse complète du fournisseur ;
- le type d'appareil renfermant la source et ses documents de certification ;
- l'utilisation prévue de la source ;
- la localisation et le lieu d'entreposage de la source ;
- les options d'évacuation envisagées en fin de l'utilisation.

2. Pour la déclaration portant sur les appareils générateurs de rayonnements ionisants :

- les caractéristiques techniques de l'appareil et les dispositifs de protection prévus ;
  - la date et le lieu de fabrication de l'appareil ;
  - le nom et l'adresse complète du fabricant ;
  - les certificats d'homologation de l'équipement selon les normes nationales ou internationales pertinentes.
- En outre, tout employeur doit indiquer sa raison sociale, l'activité en cours et celle envisagée pour l'utilisation des sources de rayonnements et les dates envisagées de début et de cessation de l'activité.

Il peut être requis également :

- a) le certificat du test de contrôle de qualité lorsqu'il s'agit d'équipements prototypes ;
- b) le certificat de qualification en radioprotection ou le certificat d'aptitude à l'utilisation des radioéléments des personnes appelées à manipuler les sources de rayonnements ionisants ;
- c) l'attestation d'affiliation du personnel à un service de médecine du travail ;
- d) l'attestation de suivi dosimétrique du personnel ;
- e) un plan d'action et de secours pour les situations d'urgence radiologique, approuvé par les services compétents de la protection civile ;
- f) un certificat d'étalonnage des détecteurs de rayonnements ionisants.

Le commissariat à l'énergie atomique peut assortir la délivrance de l'autorisation de conditions particulières-

**Article 8 :** La demande d'autorisation doit être adressée au commissariat à l'énergie atomique qui doit rendre une décision dans un délai maximum de deux (2) mois. Le refus d'autorisation est motivé.

L'autorisation est délivrée pour une durée déterminée compte tenu de la nature et de l'ampleur des risques liés à la pratique ou de toute autre considération particulière pertinente. La durée ne peut en aucun cas excéder cinq (5) années.

Le renouvellement de l'autorisation s'effectue trois mois avant sa date d'expiration. La demande de renouvellement doit faire ressortir clairement toute modification.

**Article 9 :** Les modifications des conditions d'exercice d'une activité pour laquelle une autorisation a été délivrée doivent faire l'objet d'une nouvelle demande.

La cessation d'activité doit faire l'objet d'une déclaration au commissariat à l'énergie atomique. Si l'activité est de nature médicale, une copie de la déclaration doit être adressée au wali territorialement compétent.

**Article 10 :** Les sources radioactives et les appareils générateurs de rayonnements ionisants ayant fait l'objet d'autorisation ou de déclaration ne peuvent être transférés ni cédés à des tiers ; toute opération de cette nature est subordonnée aux règles prévues dans le régime des autorisations.

**Article 11 :** Le commissariat à l'énergie atomique peut retirer ou suspendre une autorisation ; le cas échéant après une mise en demeure infructueuse dans les cas ci-après :

- a) pour non respect de l'une des conditions prévues par l'article 7 ci-dessus ;
- b) pour renseignements inexacts ;
- c) pour des raisons liées à l'habilitation professionnelle.

**Article 12 :** L'utilisateur est tenu d'informer au moins trois (3) mois à l'avance le commissariat à l'énergie atomique de la date :

- 1) du début des essais précédant la mise en service de l'installation lorsqu'ils mettent en jeu des rayonnements ionisants ;
- 2) de la mise en service de l'installation, le cas échéant, de la mise en œuvre de la pratique faisant appel à une source de rayonnements ionisants.

**Article 13 :** L'utilisateur prend toutes dispositions en vue d'assurer la mise en place d'une organisation de la prévention des accidents radiologiques par :

- a) le contrôle des moyens effectivement mis en œuvre en vue de la protection contre l'exposition aux rayonnements ionisants ou la contamination radioactive ;
- b) la mise en œuvre des moyens nécessaires au contrôle radiologique et des moyens associés de signalisation et d'alarme en vue d'assurer le respect des limites de dose ;
- c) la mise à jour du registre prévu à l'article 14 du présent décret ;
- d) la délimitation et la signalisation des zones définies à l'article 26 du présent décret ;
- e) l'élaboration, l'application et la vérification de l'efficacité des consignes :
  - de protection et de surveillance à observer pour le fonctionnement normal des installations ;
  - d'exécution des travaux d'entretien, de réparation ou d'expérimentation ;
  - d'intervention en cas d'accident.
- f) la mise en place des mesures relatives au port de dispositifs et équipements de protection individuelle prévus aux articles 28 et 29 ci-dessous et dont l'usage doit être personnellement et clairement expliqué ;
- g) l'étalonnage et la vérification périodique du bon fonctionnement de tous les appareils de mesure utilisés pour la protection collective contre les rayonnements ionisants ;
- h) l'affichage sur les lieux de travail, du nom et de l'adresse de la personne compétente en radioprotection et du médecin du travail chargé de procéder aux examens médicaux en application de l'article 35 ci-dessous.

La personne compétente doit être qualifiée en radioprotection pour prendre les premières mesures d'urgence en cas d'accident. Elle doit détenir un certificat d'aptitude à la manipulation des sources de rayonnements ionisants délivré par le commissariat à l'énergie atomique, à l'exclusion des personnels qualifiés professionnellement.



Dans tous les cas, l'utilisateur met en place un dispositif de radioprotection assurant la prévention contre les risques radiologiques ; le cas échéant, selon un dispositif arrêté par les services techniques du commissariat à l'énergie atomique.

**Article 14** : L'utilisateur tient à jour un registre coté et paraphé qui mentionne :

- les caractéristiques de chaque source ou générateur de rayonnements ionisants, l'état des déplacements dont ils ont fait l'objet et les incidents qui ont pu les affecter ;
- toutes les modifications apportées à l'appareillage émetteur de rayonnements ionisants et aux dispositifs de protection, la nature des travaux exécutés, leur date et durée d'exécution et incidents survenus au cours de leur exécution ;
- les dates des examens de contrôle prévus aux articles 57 à 61 du présent décret et les observations relevées à cette occasion. Ces renseignements indiquent, en outre, les noms des travailleurs qui ont exécuté les travaux exceptionnels prévus à l'article 55 ci-dessous ;
- l'inventaire périodique des sources mobiles effectué à intervalles appropriés pour confirmer qu'elles se trouvent à l'emplacement qui leur a été assigné et qu'elles sont en sûreté.

Le registre est tenu à la disposition des inspecteurs en radioprotection du commissariat à l'énergie atomique chargés des contrôles radiologiques, notwithstanding les autres contrôles prévus par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 15** : L'utilisateur prend toutes les mesures nécessaires pour informer et instruire les travailleurs manipulant des sources de rayonnements ionisants sur :

- les risques d'exposition ou de contamination ;
- les précautions à prendre pour éviter ces risques ;
- les méthodes de travail offrant les meilleures garanties de sécurité ;
- l'obligation de se conformer aux consignes de sécurité et aux prescriptions médicales.

**Article 16** : L'utilisation et la manipulation des sources radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants doivent toujours se faire par un personnel qualifié, sous la surveillance d'un personnel techniquement compétent en radioprotection.

Ce personnel doit maîtriser le fonctionnement des appareils utilisés, connaître les dangers présentés par leur exploitation et les mesures à prendre pour les prévenir.

### CHAPITRE III

#### EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES

**Article 17** : Est interdit l'emploi à des travaux sous rayonnements ionisants de personnes âgées de moins de dix huit (18) ans, à l'exclusion des travaux à des fins de formation pratique ou d'apprentissage, pouvant être entrepris à partir de l'âge de seize (16) ans.

##### Section 1

##### Limites de dose

**Article 18** : L'exposition professionnelle de tout travailleur doit être maîtrisée de sorte que les limites ci-après ne soient pas dépassées :

- a) dose efficace de 20 mSv (vingt millisievert) par an en moyenne sur cinq années consécutives ;
- b) dose efficace de 50 mSv (cinquante millisievert) en une seule année ;
- c) dose équivalente au cristallin de 150 mSv (cent cinquante millisievert) en un an ;
- d) dose équivalente aux extrémités (mains et pieds) ou à la peau de 500 mSv (cinq cent millisievert) en un an.

Pour les apprentis âgés de 16 à 18 ans qui suivent une formation à un emploi comportant une exposition aux rayonnements ionisants et pour les étudiants âgés de 16 à 18 ans qui doivent utiliser des sources au cours de leurs études, l'exposition professionnelle doit être maîtrisée de sorte que les limites ci-après ne soient pas dépassées :

- a) dose efficace de 6 mSv (six millisievert) en un an ;
- b) dose équivalente au cristallin de 50 mSv (cinquante millisievert) en un an ;
- c) dose équivalente aux extrémités (mains et pieds) ou à la peau de 150 mSv (cent cinquante millisievert) en un an.

Les limites de dose efficace fixées ci-dessus s'appliquent à la somme des doses pertinentes résultant d'une exposition externe pendant la période spécifiée, et des doses engagées pertinentes résultant d'une contamination interne pendant la même période. La période de calcul de la dose engagée est de 50 ans pour les adultes et 70 ans pour les enfants. Les doses efficaces engagées par unité d'incorporation par ingestion et par inhalation seront précisées par arrêté du ministre chargé de la santé, les facteurs de pondération radiologique et tissulaire figurent en annexe III du présent décret.

**Article 19** : Les travailleurs dont l'exposition est susceptible de dépasser les limites de dose admises pour les personnes du public données par l'article 84 ci-dessous sont classés par l'employeur dans l'une des catégories suivantes :

- **catégorie A** : travailleurs dont les conditions habituelles de travail sont susceptibles d'entraîner le dépassement des trois dixièmes (3/10) des limites annuelles de dose, visées à l'article 18 ci-dessus ;
- **catégorie B** : travailleurs non susceptibles de recevoir, dans les conditions habituelles de travail, des doses supérieures à trois dixièmes (3/10) des limites annuelles de dose visées à l'article 18 ci-dessus.

##### Section 2

##### Limites de dose dans des circonstances particulières

**Article 20** : Lorsqu'en raison de circonstances particulières, les expositions sont supérieures aux limites de dose admises et que par ailleurs ces expositions revêtent un caractère exceptionnel et temporaire, le commissariat à l'énergie atomique peut déroger à titre exceptionnel et temporaire aux limites de dose définies à l'article 18 ci-dessus, après accord des services compétents des ministères chargés de la santé et du travail, sur rapport du médecin du travail concerné.

**Article 21** : La demande de modification temporaire de la limite de dose introduite par le détenteur de l'autorisation doit comprendre :

- a) la description des circonstances particulières justifiant la modification temporaire de la limite de dose ;
- b) la présentation des documents prouvant :
  - qu'un programme d'optimisation a bien été mis en œuvre ;
  - que toutes les mesures ont été prises pour améliorer les conditions radiologiques de travail de façon que les limites de dose fixées à l'article 18 ci-dessus puissent être observées ;
  - que le suivi dosimétrique et l'enregistrement des doses de chaque travailleur sont respectés et susceptibles de faciliter le transfert des dossiers dosimétriques entre employeurs.

**Article 22** : Toute modification temporaire relative à la limitation des doses :

- a) doit être en conformité avec les limites de dose pour les circonstances particulières qui figurent à l'article 23 ci-dessous ;
- b) ne peut s'appliquer que pendant une période limitée ;
- c) doit être reconsidérée tous les ans ;
- d) ne peut faire l'objet d'un renouvellement ;
- e) ne peut s'appliquer qu'à des zones de travail déterminées.

**Article 23** : Lorsque, dans des circonstances particulières, le commissariat à l'énergie atomique accorde une autorisation de modification temporaire, les conditions suivantes sont applicables :

- a) la période à prendre en considération dans le calcul des doses moyennes peut, exceptionnellement, aller jusqu'à dix années consécutives, la dose efficace pour tout travailleur ne dépassant pas 20mSv (vingt millisievert) par an en moyenne sur cette période et 50 mSv (cinquante millisievert) en une seule année ; néanmoins, les circonstances sont réexaminées lorsque la dose totale reçue par un travailleur depuis le début de la période prolongée de calcul des doses moyennes atteint 100 mSv (cent millisievert)

b) l'adaptation temporaire de la limitation des doses ne dépasse pas 50 mSv (cinquante millisievert) en un an, et la période de validité de la modification temporaire ne dépasse pas cinq (5) ans.

### Section 3

#### Dispositif de protection radiologique

**Article 24 :** Les installations renfermant des sources de rayonnements ionisants doivent comporter un dispositif de protection radiologique de manière que les doses efficaces qui pourraient être reçues par des travailleurs ne dépassent pas les limites de dose fixées à l'article 18 ci-dessus.

En outre, l'utilisateur doit veiller à la mise en œuvre d'un programme d'optimisation de la radioprotection pour chacune des installations dont il a la responsabilité, ayant pour objectif de maintenir les doses au niveau le plus bas que l'on puisse raisonnablement atteindre.

**Article 25 :** L'utilisateur prend toutes les dispositions pour que soient délimitées des zones spécialement réglementées devant faire l'objet d'une signalisation distincte lorsque le risque d'exposition ou de contamination dépasse les limites de dose fixées pour les personnes du public par l'article 84 ci-dessus.

L'utilisateur veille à ce que l'accès à ces zones soit limité aux seules personnes expressément autorisées et que la durée de leur présence dans celles-ci soit la plus réduite possible.

**Article 26 :** L'utilisateur doit définir autour de la source de rayonnements ionisants dont il a la responsabilité :

— une zone contrôlée, dont l'accès est réglementé pour des raisons de protection radiologique, dans laquelle les travailleurs sont susceptibles de dépasser, dans les conditions normales de travail, les trois dixièmes (3/10) de l'une des limites de dose fixées par l'article 18 ci-dessus ;

— une zone surveillée, dans laquelle les travailleurs sont susceptibles de dépasser, dans les conditions normales de travail, un dixième (1/10) de l'une des limites de dose fixées par l'article 18 ci-dessus.

Lorsqu'il existe une zone contrôlée, la zone surveillée lui est contiguë. En tout état de cause, l'utilisateur doit tenir compte de la nature et de l'étendue des risques radiologiques dans les zones surveillées en :

a) délimitant la zone surveillée par des moyens appropriés et en disposant des panneaux réglementaires aux points d'accès de cette zone ;

b) assurant une dosimétrie d'ambiance à l'aide d'un ou de plusieurs dosimètres témoins, selon les cas ;

c) vérifiant régulièrement les niveaux d'exposition dans les zones surveillées pour s'assurer que les conditions radiologiques n'ont pas subi de modification défavorable à la radioprotection.

**Article 27 :** L'utilisateur doit procéder, avant la mise en service d'une source de rayonnements ionisants, à la délimitation des zones contrôlées et surveillées. Dans le cas d'une installation à poste mobile, il doit délimiter les zones autour des nouveaux emplacements de la source.

Après toute modification d'utilisation de la source, de l'équipement ou du dispositif de protection, l'employeur doit s'assurer que les zones contrôlées et surveillées sont toujours convenablement délimitées et, le cas échéant, effectuer les adaptations nécessaires.

Les accès de chaque zone doivent faire l'objet d'une signalisation particulière qui sera fixée par arrêté interministériel des ministres chargés de la santé, du travail et de l'intérieur.

**Article 28 :** La protection contre l'exposition externe est réalisée par :

— le blindage de la source radioactive ;

— l'installation d'obstacles physiques délimitant un périmètre de franchissement interdit autour de la source pendant son fonctionnement ;

— l'installation d'écrans fixes ou mobiles et l'utilisation d'appareils de manipulation à distance, appropriés au type de rayonnement ;

— la vérification périodique du bon fonctionnement de tous les dispositifs de mesure de rayonnements ionisants ;

— l'installation de dispositifs de mesure de rayonnements ionisants avec signalisation sonore et visuelle ;

— le port de dispositifs et équipements de protection individuelle maintenus en bon état.

**Article 29 :** La protection contre la contamination est réalisée par :

— le confinement des sources radioactives ;

— l'aménagement efficace du lieu de travail par le confinement de la source, l'emploi de surfaces lisses et imperméables, ainsi que l'enlèvement des objets superflus ;

— la mise en place d'une ventilation appropriée qui doit assurer un renouvellement suffisant de l'air et le maintien des locaux en dépression afin d'éviter la dispersion de la contamination ;

— l'équipement des postes de travail en moyens appropriés à la manipulation de substances radioactives ;

— la disposition des boîtes à gants qui doivent être hermétiques, ventilées et en dépression par rapport aux locaux de travail ;

— le fonctionnement de la ventilation qui doit pouvoir être assuré en cas de coupure de l'alimentation électrique ;

— l'équipement des postes de travail en hottes ou enceintes fermées sous dépression ;

— l'équipement en moyens appropriés de lutte contre l'incendie ;

— le port de dispositifs et d'équipements de protection individuelle maintenus en bon état.

### Section 4

#### Dosimétrie du personnel professionnellement exposé et évaluation des expositions

**Article 30 :** L'évaluation périodique de doses reçues par les travailleurs affectés à titre permanent ou temporaire à une zone contrôlée est une obligation de l'employeur. Elle est réalisée au moyen de dosimètres individuels appropriés fournis et analysés par les services techniques du commissariat à l'énergie atomique ou par des services agréés par ce dernier. La périodicité du contrôle dosimétrique individuel est déterminée en fonction des conditions radiologiques liées à l'activité exercée.

Dans le cas où la dosimétrie du personnel est réalisée par un service autre que celui qui relève du commissariat à l'énergie atomique, l'employeur est tenu de transmettre les états des doses enregistrées à ce dernier qui tient le registre dosimétrique national. Les données du registre sont mises à la disposition des services compétents des ministères chargés de la santé et du travail.

**Article 31 :** Les travailleurs qui sont employés régulièrement dans une zone surveillée ou qui ne pénètrent qu'occasionnellement dans une zone contrôlée peuvent faire l'objet d'un suivi dosimétrique individuel.

Lorsque cette méthode est jugée inadéquate et ou inadéquate, leur exposition est estimée par le biais des résultats des contrôles radiologiques effectués sur les lieux de travail.

**Article 32 :** La nature, la fréquence et la précision du suivi dosimétrique individuel sont déterminées en fonction de la hauteur et des fluctuations éventuelles des niveaux d'exposition ainsi que de la probabilité et de l'ampleur des expositions potentielles.

**Article 33 :** Les employeurs veillent à ce que les travailleurs qui peuvent être exposés à une contamination radioactive, y compris ceux qui sont dotés de systèmes respiratoires autonomes, fassent l'objet de contrôles anthropogammamétriques ou radiotoxicologiques ou les deux à la fois, selon les cas.

**Article 34 :** Les conditions et modalités de mise en œuvre des dispositions de la présente section, relatives à l'agrément et aux conditions d'utilisation des dosimètres individuels seront fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du travail.

### Section 5

#### Protection médicale des travailleurs exposés à des rayonnements ionisants

**Article 35 :** Les travailleurs de la catégorie A doivent faire l'objet d'une surveillance médicale particulière comprenant :

1) un examen médical approprié avant toute affectation à un poste de travail ;

2) des examens médicaux périodiques dont la fréquence et la nature sont définies par la réglementation en vigueur ;

3) des examens nécessaires en cas d'exposition et/ou de contamination.

Les mesures prises par le médecin en cas d'exposition ou de contamination non concertées ne doivent, en aucun cas, être moins sévères que celles fixées pour les expositions exceptionnelles concertées.

En sus de l'examen médical périodique, tout travailleur de la catégorie A doit subir un examen médical s'il a été soumis à une exposition totale supérieure aux limites de dose fixées à l'article 18 ci-dessus pour des conditions normales de travail.

**Article 36 :** Toute femme occupant un poste de travail sous rayonnements ionisants doit informer son employeur et son médecin du travail de son état de grossesse dès qu'elle en a pris connaissance.

L'employeur prend les mesures nécessaires pour l'affecter, le cas échéant, sur avis du médecin du travail, à un poste de travail plus adapté afin que l'embryon ou le fœtus bénéficient du même niveau général de protection radiologique que celui qui est requis pour les personnes du public.

Une femme qui allaite ne peut être affectée ou maintenue à un poste de travail en zone contrôlée impliquant un risque de contamination interne.

**Article 37 :** Les travailleurs doivent faire l'objet d'une surveillance individuelle de l'exposition. Pour chaque travailleur, le temps d'exposition doit être déterminé compte tenu du caractère permanent ou occasionnel de son affectation.

**Article 38 :** Les résultats dosimétriques ainsi que ceux des contrôles prescrits par l'article 35 ci-dessus doivent faire l'objet de relevés portés dans le dossier médical des intéressés prévu à l'article 41 ci-dessous.

**Article 39 :** Pour les travailleurs de la catégorie A, les résultats des mesures d'exposition et de contamination ainsi que les résultats des examens médicaux doivent être conservés pendant la durée de vie de l'intéressé et, en tous cas, pendant au moins trente (30) ans après la fin de la période d'exposition aux rayonnements ionisants.

**Article 40 :** Les examens médicaux prévus à l'article 35 ci-dessus doivent comprendre un examen clinique général et un examen hématologique, et selon la nature de l'exposition, des examens complémentaires.

**Article 41 :** Un dossier médical spécial est tenu par le médecin du travail pour chaque travailleur de la catégorie A ; il comprend :

- une fiche de poste de travail,
- une fiche de suivi dosimétrique,
- les dates et les résultats des examens médicaux pratiqués.

**Article 42 :** En cas de cessation d'activité de l'établissement ou si le travailleur change d'établissement, le dossier prévu à l'article 41 ci-dessus est transmis au nouveau médecin du travail qui doit le conserver pendant la durée de vie de l'intéressé et, dans tous les cas, pendant au moins trente (30) ans après la fin de la période d'exposition aux rayonnements ionisants. Dans le cas où le travailleur n'a pas de nouvel employeur, le dossier médical est transmis au médecin du travail inspecteur territorialement compétent, conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 43 :** Les modalités de la surveillance médicale, la conduite de l'examen clinique, les examens complémentaires ainsi que les mesures à prendre en cas de surexposition sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 44 :** En cas de dépassement des limites de dose dans les conditions normales de travail fixées à l'article 18 ci-dessus pour les travailleurs de la catégorie A, après toute constatation d'une défaillance, même mineure de l'état de protection de l'installation, l'employeur est tenu, dans les plus brefs délais, de :

- a) faire cesser les causes de dépassement ou l'origine de la contamination ;
- b) prendre toutes dispositions utiles pour éviter toute surexposition du personnel ;
- c) faire procéder par un personnel techniquement qualifié en radioprotection et si nécessaire par les services concernés du commissariat à l'énergie atomique :

— à l'étude des circonstances dans lesquelles s'est produit le dépassement des limites de dose et à l'évaluation des doses reçues par les travailleurs concernés ;

— au contrôle de la contamination du milieu et du personnel,

— à l'étude des mesures à prendre pour remédier à toute défaillance et prévenir toute récurrence.

Dès constatation des dépassements des limites de dose, l'employeur doit faire déclaration immédiate de son constat au commissariat à l'énergie atomique, au service de médecine du travail ainsi qu'à l'inspection du travail ; chacun agissant dans les limites de ses attributions telles que fixées par la réglementation en vigueur.

## CHAPITRE IV EXPOSITIONS POTENTIELLES

### Section 1

#### Dispositions particulières aux pratiques mettant en œuvre les sources scellées et non scellées

**Article 45 :** Les locaux renfermant des sources radioactives doivent être pourvus d'un système de fermeture à clé et dotés de panneaux de signalisation réglementaire.

En cas d'utilisation de sources non scellées, des dispositions sont prises afin :

— de recueillir et d'entreposer, sans entraîner de risques d'exposition et de contamination, les déchets radioactifs liquides ou solides pouvant apparaître à tous les stades de la détention et de l'utilisation, pendant le temps nécessaire pour les rendre inoffensifs ou avant de les évacuer pour leur élimination ;

— de prévenir la contamination des locaux mitoyens et de l'environnement ;

— de recueillir rapidement les substances radioactives qui viendraient à se disperser.

Les mesures d'urgence à appliquer en cas d'épandage accidentel de substances radioactives sur les lieux de travail doivent être définies par l'employeur et portées à la connaissance du personnel affecté à la manipulation de ces sources.

**Article 46 :** Les appareils émettant des rayonnements ionisants dits « à poste fixe » doivent être installés dans un local dont l'aménagement et l'accès doivent satisfaire aux conditions suivantes :

— le poste de commande à distance doit être placé à l'extérieur du local ; si pour des raisons justifiées d'ordre technique, le poste ne peut être placé à l'extérieur, la protection radiologique de l'opérateur et de ses aides doit être assurée par des moyens appropriés, après vérification des niveaux d'exposition à l'intérieur du local par le tracé des courbes isodoses intégré sur un temps suffisamment long pour couvrir un travail hebdomadaire.

— l'épaisseur des parois du local doit être suffisante pour que, dans les locaux attenants, le débit de dose horaire soit, en moyenne, inférieur à 10  $\mu$ Sv/h (dix microsieverts par heure) s'ils sont à l'intérieur de la zone contrôlée, et à 1  $\mu$ Sv/h (un microsievert par heure) s'ils sont à l'extérieur de cette zone. En outre, les regards en verre, en plomb ou en tout autre matériau approprié, éventuellement aménagés dans les parois, doivent offrir les mêmes garanties que celles-ci ;

— une signalisation efficace doit avertir le fonctionnement du générateur et interdire l'accès du local par la mise en place d'un obstacle qui ne peut être franchi par inadvertance.

**Article 47 :** En cas d'utilisation d'appareils émettant des rayonnements ionisants dits « à poste mobile », l'utilisateur fixe les mesures de sécurité conformément aux prescriptions de l'article 13 ci-dessus.

**Article 48 :** Les circuits de mesures relatifs à la protection contre les rayonnements ionisants doivent être en état de fonctionnement permanent et distincts des commandes des appareils ou installations.

**Article 49 :** Les appareils de contrôle radiologique doivent être correctement entretenus et testés, et sont réétalonnés par un laboratoire d'étalonnage agréé à des intervalles appropriés dont la périodicité ne dépasse pas une (1) année.

**Article 50 :** Les substances radioactives scellées, non scellées ou sous forme spéciale doivent être stockées de telle façon qu'elles ne soient accessibles qu'aux personnes limitativement désignées par l'utilisateur.



**Article 51** : Les substances radioactives doivent être stockées dans des conteneurs appropriés qui sont entreposés dans des enceintes spécialement aménagées, fermant à clé et répondant aux conditions de sécurité spécifiques. La présence de substances radioactives dans les enceintes et dans les conteneurs de stockage doit être signalée de telle façon que son identification soit possible en tout temps.

**Article 52** : Les entrepôts doivent satisfaire aux exigences suivantes :

- a) être désignés comme tels et ne pas servir à d'autres fins ;
- b) être protégés contre l'action du feu et le risque d'explosion ;
- c) être munis d'écrans de manière telle que dans les zones accessibles à quiconque, les débits d'exposition ne puissent être supérieurs à 3  $\mu$ Sv/h (trois microsievverts par heure) ;
- d) être soumis à une surveillance constante ;
- e) le sol de la salle de stockage doit être étanche et les murs doivent être facilement décontaminables. 11 ne doit y avoir aucun circuit d'eau dans la salle de stockage.

Lorsque plusieurs sources radioactives sont entreposées ensemble, elles doivent être munies d'écrans de manière telle que la manipulation d'une des sources affaiblisse, le moins possible, la protection contre les radiations des autres sources.

Lorsque, pour une raison quelconque, des sources radioactives scellées et non scellées sont entreposées dans un même local, elles doivent être disposées séparément aussi éloignées que possible les unes des autres.

**Article 53** : Le récipient contenant les sources radioactives non scellées ne doit permettre aucune dispersion des substances radioactives ; il doit être incassable et hermétiquement fermé ou bien placé dans une enveloppe incassable pouvant contenir toute la substance radioactive et son emballage.

Les solutions radioactives instables ainsi que les solutions qui contiennent plus de 185 MBq d'émetteurs alpha ou plus de 1850 MBq d'émetteurs bêta doivent être conservées dans des récipients munis d'une ouverture d'aération, à moins que d'autres mesures ne préviennent toute surpression inadmissible.

**Article 54** : L'emballage pour le transport de sources radioactives dans l'enceinte de l'établissement doit satisfaire aux exigences suivantes :

- a) il doit permettre d'atténuer les rayonnements ionisants de telle façon que les débits de dose de 2 mSv/h (deux millisievverts par heure) à la surface extérieure et de 0,1 mSv/h (un dixième de millisievert par heure) à un (1) mètre de la surface ne soient nulle part dépassés ;
- b) il doit empêcher toute perte de substances radioactives ;
- c) un récipient cassable contenant une substance radioactive à l'état liquide, gazeux ou pulvérulent doit être enfermé dans une enveloppe incassable.

Dans le cas d'une substance radioactive liquide, cette enveloppe doit contenir une matière ayant une capacité d'absorption suffisante pour retenir le liquide.

Le récipient et l'enveloppe doivent être étanches lorsqu'ils contiennent un gaz radioactif.

**Article 55** : Nonobstant le contrôle dosimétrique du personnel, il est procédé avant l'exécution des travaux exceptionnels sur les sources ou appareils émettant des rayonnements ionisants et leurs dispositifs de protection, tels que les travaux de réglage, de démontage et de remontage, de réparation ou d'entretien, au calcul et à la vérification du débit d'équivalent de dose auquel s'exposeront les travailleurs concernés.

**Article 56** : L'utilisateur prend toutes les dispositions nécessaires pour éliminer tout risque d'exposition ou de contamination sur les lieux des activités lorsque celles-ci ne sont plus autorisées.

En cas de cessation définitive d'emploi de sources radioactives de moyennes et hautes activités, l'utilisateur est tenu de les retourner au fournisseur.

## Section 2

### Contrôles radiologiques

**Article 57** : Tout utilisateur de sources de rayonnements ionisants comportant des risques d'exposition ou de contamination est tenu, dans des conditions fixées par les articles ci-après, d'effectuer les contrôles :

- des sources et de leurs dispositifs de protection ;
- d'ambiance et de rejet ;
- des appareils de mesure et de surveillance ;
- des dispositifs de détection des rayonnements ionisants, de signalisation et d'alarme ;
- de qualité de toute installation abritant une source de rayonnements ionisants.

Ces contrôles doivent être effectués selon les méthodes qui seront fixées par arrêté interministériel des ministres chargés de l'intérieur, de la santé et du travail, par les personnes physiques ou morales qualifiées et agréées par le commissariat à l'énergie atomique.

Les chantiers ou locaux situés en dehors de la zone contrôlée doivent faire l'objet d'un contrôle d'ambiance.

**Article 58** : Les contrôles des sources scellées, des installations ainsi que des appareils émettant des rayonnements ionisants et de leurs dispositifs de protection sont effectués :

- avant la mise en service de la source ou du générateur ;
- après toute modification apportée aux modalités d'utilisation de l'installation, équipements de protection ou de blindage ainsi qu'après tous travaux de réglage, de démontage et de remontage, de réparation et d'entretien ;
- après tout dépassement des limites de dose fixées à l'article 18 ci-dessus ;
- périodiquement selon les fréquences qui seront fixées par l'arrêté visé à l'article 57 ci-dessus ;
- après tout incident survenu sur le matériel et toute anomalie constatée sur l'installation en ce qui concerne la protection des travailleurs.

**Article 59** : Tout utilisateur de sources scellées doit procéder périodiquement à des contrôles d'étanchéité de la source. Ces contrôles doivent être effectués dans des conditions qui seront fixées par l'arrêté visé à l'article 57 ci-dessus. La périodicité des contrôles ne peut excéder un (1) an.

Si après un contrôle d'étanchéité il est décelé une contamination, la source doit être, dans les plus brefs délais, renvoyée au fournisseur aux fins de réparation ou de remplacement, ou enlevée par le commissariat à l'énergie atomique.

L'utilisateur doit prévoir les mesures d'urgence à appliquer en cas de rupture de l'enveloppe de la source et porter ces mesures à la connaissance du personnel affecté à la manipulation de la source.

**Article 60** : En ce qui concerne les sources non scellées, il doit être procédé au contrôle :

- des installations et des locaux où elles seront utilisées et entreposées ;
- des moyens d'évacuation des rejets.

En outre, en cas de cessation d'utilisation définitive des sources non scellées, il doit être procédé à un contrôle radiologique des locaux avant de les affecter à un autre usage.

**Article 61** : En cas de risque d'exposition, le contrôle peut être exercé à l'aide de détecteurs fixes ou mobiles.

Les techniques employées doivent permettre l'évaluation du débit de doses.

En cas de risque de contamination, des contrôles périodiques de l'atmosphère, des surfaces, du matériel et des vêtements doivent être effectués.

La périodicité de ces contrôles doit être fixée en fonction de la nature et de l'importance des risques.

Les rejets doivent faire l'objet d'une surveillance permanente au point d'émission, en outre, une surveillance du milieu adaptée à la nature des opérations sera effectuée.

### Section 3

#### Assurance de la qualité

**Article 62 :** Les pratiques qui font appel à l'usage de sources radioactives de moyennes et hautes activités, notamment dans les domaines de la gammagraphie industrielle, la radiothérapie et l'irradiation à des fins de stérilisation ou de conservation font l'objet de programmes d'assurance de la qualité. A ce titre, l'utilisateur doit :

- prévoir des actions programmées et systématiques visant à donner des assurances suffisantes quant au respect des règles de sûreté radiologique liées à l'utilisation de sources radioactives ;
- définir un cadre permanent afin de consolider et d'améliorer constamment le dispositif de radioprotection opérationnelle dans ses différents aspects techniques et humains.

### Section 4

#### Inventaire de sources et matières radioactives

**Article 63 :** Une comptabilité doit être tenue pour chaque entrepôt de sources et matières radioactives. Elle doit renseigner, en tout temps, sur l'emplacement, la nature et l'activité des sources dont l'employeur est responsable.

### CHAPITRE V

#### EXPOSITIONS MEDICALES

**Article 64 :** Aucune exposition médicale à des fins diagnostiques ou thérapeutiques ne doit être effectuée sans prescription médicale.

**Article 65 :** Tout acte radiologique à des fins diagnostiques ou thérapeutiques doit être justifié par une comparaison des avantages qu'il procure sur le plan diagnostique ou thérapeutique et du détriment radiologique qu'il entraîne, compte tenu des avantages et des risques des autres techniques disponibles, ne faisant pas appel aux rayonnements ionisants.

**Article 66 :** Tout médecin prescrivant ou pratiquant des actes radiologiques diagnostiques et/ou thérapeutiques, est tenu, au premier chef, d'assurer la protection et la sûreté globale des patients lors de la prescription et de l'exécution de l'acte,

**Article 67 :** L'exposition de patients aux rayonnements ionisants lors d'actes diagnostiques ou thérapeutiques doit obéir aux règles d'optimisation de la radioprotection. Ces règles ont trait à :

- la conception des équipements médicaux émetteurs de rayonnements ionisants ;
- l'ensemble des opérations de radiodiagnostic ou de radiothérapie ;
- l'étalonnage des sources de rayonnements ionisants ;
- la dosimétrie clinique ;
- l'assurance de la qualité pour les expositions médicales.

Les règles d'optimisation indiquées ci-dessus ainsi que les niveaux indicatifs pour les expositions médicales à l'intention des praticiens seront fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 68 :** Pour les usages thérapeutiques des rayonnements ionisants, les prescriptions en matière de dosimétrie clinique, d'étalonnage d'appareils de mesure des rayonnements ionisants et d'assurance de la qualité sont appliquées sous la supervision d'un spécialiste en radiophysique.

**Article 69 :** Pour les usages diagnostiques des rayonnements ionisants, les prescriptions fixées et ayant trait à l'imagerie et à l'assurance de la qualité sont appliquées sur avis d'un spécialiste de la radiophysique, selon les protocoles définis par les spécialistes concernés, et approuvés par le ministre chargé de la santé.

**Article 70 :** Un spécialiste en radiophysique doit être affecté à toute unité de radiothérapie.

Les unités de radiologie et de médecine nucléaire font appel, en tant que de besoin, à un spécialiste en radiophysique.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixera les modalités y afférentes.

**Article 71 :** L'examen radiologique est personnel. A l'exclusion du personnel compétent dont la présence s'avère indispensable, aucune personne autre que le patient n'est admise dans la salle où est disposé l'appareil émetteur de rayonnements ionisants sauf dans le cas où le patient nécessiterait l'aide d'une tierce personne. Lorsque l'exposition est effectuée à des fins thérapeutiques, l'installation doit être dotée de dispositifs de contention de manière à immobiliser le patient.

**Article 72 :** La radioscopie doit être obligatoirement utilisée avec amplificateur de brillance.

**Article 73 :** Pour les actes radiologiques destinés exclusivement aux femmes enceintes ou en état de procréation, le médecin doit s'assurer au préalable que l'examen prévu n'est pas incompatible avec l'état de la patiente. En tout état de cause, les expositions à des fins de diagnostic ou de thérapie sont à éviter, sauf si elles sont motivées par des raisons cliniques sérieuses. Tout acte radiologique à des fins diagnostiques ou thérapeutiques effectué chez une femme enceinte doit être programmé de façon à ce que la dose subie par le fœtus ou l'embryon, éventuellement présent, soit minimale.

**Article 74 :** L'administration de radionucléides à des fins diagnostiques à des femmes enceintes ou susceptibles de l'être doit être évitée, sauf si elle est motivée par des considérations médicales vitales.

**Article 75 :** Dans le cas des mères allaitantes, l'allaitement est interrompu jusqu'à ce que le radionucléide ait été excrété à un niveau tel qu'il ne donne plus lieu à une dose efficace inacceptable chez le nourrisson.

**Article 76 :** Les radionucléides ne doivent être administrés à des enfants que s'il y a des indications cliniques sérieuses, et il est obligatoire que l'activité administrée soit réduite compte tenu du poids corporel, de la surface corporelle ou d'autres critères appropriés.

**Article 77 :** En cours de radiothérapie, l'exposition de tissus normaux doit être maintenue au niveau le plus bas qu'il soit raisonnablement possible d'atteindre tout en délivrant la dose requise au volume-cible défini dans le plan de traitement et que les organes soient protégés par des écrans lorsque cela est faisable et approprié.

**Article 78 :** L'hospitalisation dans les chambres spécialement aménagées est obligatoire pour les personnes devant subir une curiethérapie ou un traitement au moyen de radionucléides.

**Article 79 :** Les patients ayant subi un traitement au moyen de radionucléides scellés ou non scellés doivent être maintenus en hospitalisation jusqu'à ce que l'activité des substances radioactives administrées ait atteint des niveaux inférieurs à ceux indiqués par l'arrêté prévu par l'article 67 ci-dessus.

**Article 80 :** En cas d'exposition médicale accidentelle, ayant entraîné une exposition anormale du patient dépassant les niveaux indicatifs, le radio-physicien procédera sans délai à l'estimation des doses reçues par le patient et leur distribution. En outre, l'utilisateur doit prendre les dispositions nécessaires pour :

- a) la définition des mesures correctives nécessaires pour éviter qu'un tel incident ne se renouvelle,
- b) la mise en œuvre de mesures correctives qui relèvent de sa propre responsabilité,
- c) la remise au commissariat à l'énergie atomique d'un rapport indiquant la cause de l'incident et contenant les renseignements mentionnés aux alinéas ci-dessus ainsi que toute information requise par cette autorité.

**Article 81 :** Au cours d'un examen de radiologie diagnostique, les praticiens qui prescrivent et effectuent cet examen sont tenus de s'assurer :

- a) de l'utilisation d'un matériel adéquat ;
- b) que les patients subissent l'exposition minimale nécessaire pour atteindre l'objectif diagnostique requis ;
- c) qu'il est tenu compte des niveaux indicatifs applicables aux expositions médicales ;
- d) qu'il est tenu compte des informations fournies par des examens antérieurs.

**Article 82 :** Les praticiens qui prescrivent et effectuent des diagnostics à l'aide de radionucléides doivent s'assurer : que les patients subissent l'exposition minimale pour atteindre l'objectif diagnostique visé ;

- b) qu'il est tenu compte des informations pertinentes fournies par des examens antérieurs ;
- c) qu'il est tenu compte des niveaux indicatifs applicables aux expositions médicales.

**Article 83 :** Les responsables des installations de radiothérapie, de radiologie diagnostique et de médecine nucléaire conservent pendant une période et mettent à disposition, selon les besoins, les dossiers contenant toutes les informations relatives à la prescription et l'exécution de l'acte radiologique. Ils doivent en outre conserver et mettre à disposition, selon les besoins, les résultats des étalonnages et des vérifications périodiques des paramètres cliniques et physiques pertinents retenus pendant les traitements.

Les informations détaillées qui doivent être contenues dans les dossiers ainsi que la période de conservation seront spécifiées dans l'arrêté visé par l'article 67 ci-dessus.

## CHAPITRE VI EXPOSITION DU PUBLIC

### Section 1

#### Limites de dose

**Article 84** : L'exposition de personnes du public ne doit pas dépasser les limites suivantes qui s'appliquent aux doses moyennes estimées aux groupes critiques :

- a) une dose efficace de 1 mSv en un an ;
- b) dans des circonstances particulières, une dose efficace allant jusqu'à 5 mSv en une seule année à condition que la dose moyenne sur cinq années consécutives ne dépasse pas 1 mSv par an ;
- c) une dose équivalente au cristallin de 15 mSv en un an ;
- d) une dose équivalente à la peau de 50 mSv en un an.

Les limites de dose fixées ci-dessus ne s'appliquent pas aux personnes du public qui contribuent volontairement aux soins donnés à des patients subissant une exposition à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, ou leur rendant visite.

La dose reçue par ces personnes adultes doit néanmoins être maintenue à un niveau tel qu'il soit peu probable qu'elle dépasse 5 mSv pendant toute la durée de l'acte médical.

### Section 2

#### Sources d'irradiation externe

**Article 85** : Avant implantation de son installation, l'exploitant d'une source d'irradiation externe doit remettre au commissariat à l'énergie atomique pour approbation les documents suivants :

- les plans d'ensemble et les plans d'implantation des équipements ;
- les études de protection biologique ;
- les supports établissant les contraintes de doses spécifiques à son installation ;
- le programme comportant les mesures de protection appropriées visant à réduire l'exposition des personnes du public ;
- le programme détaillé des essais de mise en service de l'installation ;
- l'étude d'impact radiologique de l'installation ;
- le plan d'urgence et de secours.

Ces documents sont appréciés à la lumière des clauses fixées par un cahier des charges établi par le commissariat à l'énergie atomique.

**Article 86** : Des dispositions particulières concernant le confinement doivent être prises pour la construction et l'exploitation d'une installation qui pourrait donner lieu à une contamination radioactive susceptible de se propager dans les zones accessibles au public.

**Article 87** : Les rejets de substances radioactives dans l'environnement, dont les niveaux sont supérieurs aux limites d'exemption, doivent faire l'objet d'une demande d'autorisation par l'exploitant de l'installation au commissariat à l'énergie atomique, laquelle est délivrée après avis des services compétents du ministère chargé de l'environnement.

En tout état de cause, l'exploitant doit tenir ces rejets sous contrôle, il doit assurer une surveillance radiologique et une comptabilité adéquate des substances radioactives rejetées.

**Article 88** : L'exploitant d'une installation est tenu d'effectuer des études pour identifier le groupe critique et les voies d'exposition. Pour le choix du groupe critique, il est tenu compte de toutes les générations actuelles et futures.

**Article 89** : L'exploitant est tenu de surveiller les rejets de substances radioactives au point d'émission.

En outre, une surveillance radiologique de l'environnement immédiat adaptée à la nature des opérations, doit être effectuée par l'exploitant d'une installation qui renferme des substances radioactives ou qui entreprend une pratique en dehors d'une installation fixe.

### Section 3

#### Surveillance de la radioactivité sur le territoire national

**Article 90** : Le commissariat à l'énergie atomique est chargé du contrôle permanent de la radioactivité sur le territoire national.

Il doit s'assurer le concours des organismes compétents pour l'établissement du réseau national de surveillance radiologique.

Dans les conditions normales, le contrôle prévu, ci-dessus, comporte :

- 1) la détermination régulière de la radioactivité de l'air, des eaux, du sol et de la chaîne alimentaire ;
- 2) l'évaluation des doses éventuellement reçues par la population.

Le commissariat à l'énergie atomique transmet les résultats et les conclusions aux autorités compétentes.

**Article 91** : Les documents relatifs aux mesures d'ambiance autour des installations susceptibles d'être à l'origine d'une exposition externe et/ou d'une contamination ainsi que les résultats de l'évaluation des doses reçues par des personnes du public doivent être conservés et archivés par le commissariat à l'énergie atomique.

### Section 4

#### Contrôle isotopique des produits alimentaires

**Article 92** : Les importateurs de produits alimentaires soumis au contrôle préalable sur les niveaux de décontamination radioactive doivent procéder à cette opération avant réception de ces produits.

**Article 93** : Les analyses isotopiques sont effectuées par le commissariat à l'énergie atomique qui doit se prononcer au plus tard dans les quarante huit heures (48h) sur les niveaux de contamination radioactive.

Les contrôles portent sur les échantillons prélevés selon les modalités et techniques d'échantillonnage inhérentes à chaque type de produit.

**Article 94** : La commercialisation et la consommation des produits alimentaires importés sont subordonnées aux résultats indiquant que les niveaux de contamination ne dépassent pas les tolérances maximales fixées par arrêté du ministre chargé du commerce.

**Article 95** : Les importateurs sont tenus d'exiger de leurs fournisseurs pour chaque cargaison un certificat d'analyses isotopiques, délivré par l'autorité compétente en la matière du pays duquel relève la marchandise, attestant du niveau de contamination radioactive dans les produits importés.

## CHAPITRE VII

### SITUATION D'EXPOSITION D'URGENCE

**Article 96** : Les incidents et les accidents radiologiques ou nucléaires sont classés selon des niveaux définis par arrêté interministériel des ministres chargés de l'intérieur, de la santé et de l'environnement.

**Article 97** : L'utilisateur doit élaborer, pour l'établissement dont il a la responsabilité, un plan d'action et de secours d'urgence approuvé par le commissariat à l'énergie atomique et les services compétents de la protection civile. Ce plan doit prévoir le dispositif nécessaire pour :

- a) être en mesure, dans la limite de ses moyens, de faire face à tout incident radiologique pouvant survenir dans l'établissement ;
- b) s'assurer de l'aide des autorités publiques et d'organismes nationaux pour faire face aux accidents importants survenus dans l'établissement mais n'ayant aucune incidence en dehors de celui-ci ;
- c) aviser immédiatement les autorités compétentes, notamment les services de la protection civile et le commissariat à l'énergie atomique, de tous les accidents, en particulier ceux dont les conséquences s'étendent ou pourraient s'étendre à l'extérieur de l'établissement. Selon la nature et la gravité de l'accident, il peut être fait appel aux services compétents des ministères chargés de la défense nationale, de l'intérieur, de la santé et de l'environnement ;

d) fournir une assistance à l'autorité publique et, le cas échéant, établir un compte rendu en procédant à l'analyse de tout accident survenu. En tout état de cause, l'employeur doit tenir informées les autorités :

- de l'évolution en cours et prévisible de la situation ;
- des mesures prises pour la protection des travailleurs et des personnes du public ;
- des expositions subies ou susceptibles d'être subies.

Le plan d'action et de secours doit faire l'objet d'un réexamen et d'une mise à jour périodique.

L'employeur est tenu de dispenser une formation pratique et théorique au personnel d'intervention en matière d'urgence radiologique.

**Article 98** : Les plans d'urgence doivent contenir :

- les éléments de déclenchement des opérations d'urgence et ceux relatifs à la répartition des tâches entre les intervenants ;
- des niveaux d'intervention directeurs sont fixés par arrêté ministres chargés de l'intérieur, l'environnement ;
- des procédures permettant la mise en liaison avec les organismes d'intervention compétents ;
- des niveaux d'action pour d'éventuelles opérations de retrait et de remplacement de produits de consommation et d'eau potable et, s'il y a lieu, des niveaux d'intervention et d'action protectrices à long terme.

**Article 99** : Lors d'un accident, les informations recueillies doivent permettre :

- d'évaluer au plus tôt l'étendue et l'impact de l'accident radiologique sur l'environnement et de suivre son évolution de manière constante ;
- de mettre en œuvre toute action protectrice nécessaire.

**Article 100** : Les interventions dans les situations accidentelles sont mises en œuvre sur la base de niveaux d'intervention et de niveaux d'action qui sont exprimés respectivement, en termes de doses à éviter et de concentration de radioéléments dans la chaîne alimentaire.

Les niveaux d'intervention, les niveaux d'action ainsi que les niveaux de dose sont définis par arrêté interministériel des ministres chargés de l'intérieur, de la santé et de l'environnement.

**Article 101** : Lors d'un accident, la justification de l'intervention et l'optimisation des niveaux d'intervention sont réexaminées compte tenu :

- a) des facteurs qui sont propres à la situation du moment, tels que la nature du rejet, les conditions météorologiques et d'autres facteurs non radiologiques pertinents ;
- b) de la probabilité que les actions protectrices mises en œuvre procurent un avantage net, eu égard au fait que les conditions futures peuvent être incertaines.

**Article 102** : Les mesures de protection à mettre en œuvre dans le cadre d'un plan d'intervention sont justifiées si les niveaux de dose fixés à l'arrêté prévu à l'article 100 ci-dessus sont dépassés.

**Article 103** : Tout accident radiologique doit impérativement donner lieu à des évaluations de l'exposition subie par les travailleurs et les personnes du public.

Ces évaluations reposent sur les informations les plus fiables dont on dispose et doivent être mises à jour sans délai afin d'obtenir les résultats les plus précis.

Il est mis fin à une mesure de protection lorsqu'une nouvelle évaluation montre qu'elle ne se justifie plus.

**Article 104** : La participation à des interventions d'urgence est limitée en premier lieu aux travailleurs exerçant habituellement en zone contrôlée inscrits sur une liste préalablement établie. En outre, les autres travailleurs et les volontaires sont informés sur les risques des expositions susceptibles de dépasser les limites de dose définies pour les conditions normales de travail.

**Article 105** : Aucun travailleur participant à une intervention ne doit être soumis à une exposition supérieure à la limite de dose maximale pour une seule année ; sauf :

- a) pour sauver des vies ou éviter des blessures très graves
- b) pour éviter une dose collective élevée
- c) pour empêcher l'aggravation de la situation risquant d'évoluer vers une catastrophe

Lors d'une intervention, toutes les mesures doivent être prises pour maintenir les doses reçues par les travailleurs au dessous du double de la limite de dose maximale pour une seule année.

Toutefois, et à titre exceptionnel, dans le cas des actions destinées à sauver des vies humaines, toutes les dispositions nécessaires doivent être mises en œuvre pour maintenir les doses reçues au dessous du décuple de la limite de dose maximale pour une seule année.

En outre, l'enregistrement des doses reçues individuellement par chaque intervenant doit être effectué.

#### CHAPITRE VIII

#### INSPECTIONS ET SANCTIONS

**Article 106** : Le contrôle de l'application des dispositions du présent décret est assuré par les inspecteurs de radioprotection du commissariat à l'énergie atomique, dont le statut particulier est fixé par réglementaire.

Les actions de contrôle de l'application des dispositions du présent décret sont également dévolues aux autres corps d'inspection de l'Etat, dans le cadre de leurs prérogatives respectives.

**Article 107** : En cas d'utilisation de source de rayonnement ionisants en violation des dispositions du présent décret, le commissariat à l'énergie atomique retire l'autorisation et saisit les autorités compétentes à l'effet de prononcer la suspension de l'activité, sans préjudice des sanctions civiles et pénales par la législation en vigueur.

#### CHAPITRE IX

#### DISPOSITIONS TRANSITOIRES

**Article 108** : Tout utilisateur qui détient des sources de rayonnements ionisants doit, dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de publication du présent décret au journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire, faire une déclaration au commissariat à l'énergie atomique qui spécifie :

- la quantité de chaque type de substance radioactive détenue ;
- le type ; usage et la localisation d'appareils émettant des rayonnements ionisants.

L'utilisateur doit, en outre ; prendre toutes les mesures visant à adapter les installations ou pratiques en conformité avec les exigences définies par les dispositions du présent décret.

**Article 109** : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret ; notamment celles du décret N°86-132 du mai 1986, susvisé ;

Toutefois les textes pris en application du décret N°86-132 susvisé demeurent en vigueur, pour une période maximale d'une année à compter de la date de publication du présent décret au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Article 110** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Rabie El Aoul 1426 correspondant au 11 avril 2005

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**

**Les annexes du présent décret se trouvent au Journal Officiel n° 27 du 13 avril 2005**

**Décret présidentiel n° 07-171 du 16 Joumada El Oula 1428 modifiant et complétant le décret présidentiel  
n° 05-117 du 2 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 11 avril 2005 relatif aux mesures de protection  
contre les rayonnements ionisants.**

Le Président de la République,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6° et 125(alinéa 1er) ;  
Vu le décret présidentiel n°05-117 du 2 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 11 avril 2005 relatif aux mesures de protection contre les rayonnements ionisants.

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de modifier et compléter le décret présidentiel 05-117 du 2 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 11 avril 2005 relatif aux mesures de protection contre les rayonnements ionisants.

Art 2. – L'article 1<sup>er</sup> du décret présidentiel n°05-117 du 11 avril 2005, susvisé, est modifié, complété et rédigé comme suit:

"Article 1<sup>er</sup> .- Le présent décret a pour objet :

- de fixer les règles générales de protection contre les risques de rayonnements ionisants, en particulier lors des opérations d'importation, de transit, de fabrication, de transformation, d'utilisation, de manipulation, de transport, d'entreposage, de stockage, d'évacuation, d'élimination et d'exportation des substances radioactives et de toute autre pratique qui implique un risque résultant des :

- expositions professionnelles;
- expositions potentielles;
- expositions médicales;
- expositions du public;
- situations d'exposition d'urgence.

Sont exclues du champ d'application du présent décret les expositions dues aux radionucléides naturellement présents dans le corps humain, aux rayonnements cosmiques à la surface de la terre et à des concentrations non modifiées de radionucléides dans les matières premières:

- de fixer les règles d'autorisation de la détention et de l'utilisation des substances naturelles ou artificielles et des appareils émettant des rayonnements ionisants destinés à des fins industrielles, agricoles, médicales et scientifiques;
- d'instituer le contrôle réglementaire des sources de rayonnements ionisants depuis leur importation ou fabrication jusqu'à leur évacuation."

**Article 3 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.  
Fait à Alger, le 16 Joumada El Oula 1428 correspondant au 2 juin 2007

**Abdelaziz BOUTEFLIKA**



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

Ministère de la Santé et de la Population

Ministère du Travail de la Protection Sociale  
et de la Formation Professionnelle

**Arrêté interministériel n° 033 du 9 juin 1997 fixant la liste des travaux ou les travailleurs  
sont fortement exposés aux risques professionnels**

Le ministre de la santé et de la population,

Le ministre du travail, de la protection sociale et de la formation professionnelle,

Vu la loi n°83-13 du 02 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ; modifiée et complétée ;

Vu la loi n°83-14 du 02 juillet 1983 relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale ;

Vu la loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé ; modifiée et complétée ;

Vu la loi 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;

Vu la loi n°90-03 du 06 février 1990 relative à l'inspection du travail ;

Vu la loi n°90-11 du 21 Avril 1990 relative aux relations de travail, modifiée et complétée ;

Vu le décret exécutif n°91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicable en matière d'hygiène et de sécurité en milieu du travail ;

Vu le décret exécutif n°93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

**ARRENTENT :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions- de l'article 03 du décret exécutif n°93-120 du 15 Mai 1993 susvisé, la liste des travaux ou les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels est fixée en annexe du présent arrêté.

**Article 2** : les organismes employeurs sont tenus de faire subir aux travailleurs exerçant les travaux prévus à l'article 01 ci-dessus au moins une visite médicale semestrielle complétée par les examens para cliniques appropriés.

**Article 3** : Tout employeur dont les travaux figures dans la liste annexée au présent arrêté est tenu de les déclarer, sans délai, à l'inspection du travail et à l'organisme de la Sécurité Sociale territorialement compétent et à la direction de la Santé et de la Protection Sociale de sa wilaya.

**Article 4** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le : 26 Avril 1997

**Annexe de l'arrêté interministériel n° 033 du 9 juin 1997 fixant la liste des travaux ou les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels**

Les travaux comportant la préparation, l'emploi, la manipulation ou l'exposition aux agents chimiques suivants :

Fluor et composés

Chlore

Brome

Iode

Phosphore et composés

Arsenic et composés

Sulfure de carbone

Oxychlorure de carbone

Acide chromique, chromates, bichromates alcalins (à l'exception de leurs solutions aqueuses diluées)

Bioxyde de manganèse

Plomb et composés

Mercurure et composés

Glucine (béryllium et ses sels)

Benzène et ses homologues

Phénols et naphthols

Dérivés halogénés des hydrocarbures aliphatiques

Dérivés halogénés des hydrocarbures aromatiques

Dérivés nitrés des hydrocarbures aliphatiques

Dérivés nitriques des hydrocarbures aromatiques

Dérivés aminés des hydrocarbures aromatiques

Brais et goudrons

Huiles minérales

Travaux exposant aux émanations d'oxyde de carbone dans les usines à gaz, la conduite de gazogènes, la fabrication synthétique de l'essence ou du méthanol

Travaux de polymérisation du chlorure de vinyle

Travaux exposant au cadmium

Travaux exposant aux substances hormonales

Les travaux comportant l'exposition aux risques infectieux et parasitaires suivants :

Travaux effectués dans les égouts

Travaux effectués dans les abattoirs, travaux d'équarrissage

Manipulation, chargement, déchargement, transport soit de peau brute, poils, crins, laine, os ou autres dépouilles animales, soit des sacs, enveloppes ou récipients contenant ou ayant contenu de telles dépouilles, à l'exclusion des os dé gélatinés ou dégraissés et des déchets de tannerie chaulés

Travaux effectués par le personnel hospitalier dans les services de soins et laboratoires

Collecte et traitement des ordures

Les travaux comportant l'exposition aux risques physiques suivants :

Rayons X et substances radioactives

Travaux effectués dans l'air comprimé

Emploi d'outils pneumatiques à main transmettant des vibrations

Travaux effectués dans les chambres frigorifiques

Travaux exposant aux poussières de silice ou d'ardoise

Travaux exposant aux poussières d'amiante

Travaux exposant aux poussières de fer

Travaux exposant aux poussières de métaux durs (tantale, titane, tungstène et vanadium)

Travaux exposant aux poussières d'antimoine

Travaux exposant aux poussières de bois

Travaux exposant à un niveau de bruit supérieur à 85 décibels

Autres travaux comportant les risques suivants :

Applications des peintures et vernis par pulvérisation

Travaux exposant à des hautes températures, à des poussières ou émanations toxiques et concernant le traitement des minerais, la production des métaux et des verreries

Travaux en équipes alternantes effectués de nuit en tout ou de partie

Travaux d'opérateur en standard téléphonique

Travaux d'opérateur sur terminal à écran

Travaux d'opérateur sur visionneuse en montage électronique

Travaux de préparation, de conditionnement de conservation et de distribution des denrées alimentaires

Travaux dans les postes de sécurité (manipulation de grues, ponts roulants, tableaux de commande, ....)

Conduite de véhicule de transport en commun

Travaux comportant la préparation, l'emploi, la manipulation des produits phytosanitaires.

**INSTRUCTION N° 61 DU 25 JAN 2000**  
**RELATIVE A LA VACCINATION EN MILIEU DE TRAVAIL**

DESTINATAIRES :

Pour exécution

- \* Monsieur le Directeur de la Prévention de la Santé et de la Population du Gouvernorat du Grand-Alger.
- \* Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population
- \* Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires
- \* Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires
- \* Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

Pour Information

- \* Messieurs les Présidents des Conseils Régionaux de Santé
- \* Madame et Messieurs les Directeurs des Observatoires Régionaux de Santé
- \* Messieurs les Directeurs des Centres de Formation Professionnelle
- \* Messieurs les Directeurs des Organismes Employeurs Publics et Privés.

REFERENCES :

- \* Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, modifiée et complétée.
- \* Loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;
- \* Décret n° 69-88 du 17 juin 1969 rendant obligatoires certaines vaccinations ;
- \* Décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail
- \* Arrêté interministériel du 2 avril 1995 fixant la convention-type relative à la médecine du travail établie entre l'organisme employeur et le secteur sanitaire ou la structure compétente ou le médecin habilité ;
- ° Arrêté ministériel du 14 janvier 1997 fixant le calendrier de vaccination contre certaines maladies transmissibles.

La présente instruction a pour objet de fixer les modalités d'application du calendrier vaccinal chez :

les stagiaires ;  
les apprentis ;  
et les travailleurs.

En effet la mise au point d'un calendrier de vaccination doit prendre en compte les aspects fondamentaux de la vaccination, à savoir la protection individuelle, la protection de groupe et les impératifs nés de l'épidémiologie des maladies ciblées.

L'analyse de la situation épidémiologique montre que le recul des maladies du programme élargi de vaccination (PEV) chez les jeunes enfants s'accompagne d'une augmentation de la réceptivité avec l'âge.

C'est dans ce cadre, compte tenu des faits observés et des tendances évolutives de ces maladies, que le nouveau calendrier des vaccinations a été adopté pour le renforcement de l'immunité et l'ajustement de la politique vaccinale au déplacement des maladies vers l'âge adulte, notamment avec la résurgence de la diphtérie.

L'objectif assigné est l'éradication de la poliomyélite de la diphtérie et du tétanos.

**1- CALENDRIER DE VACCINATION**

**TRANCHE D'AGE DE 16 A 18 ANS**

Population cible : Tout stagiaire ou apprenti âgé de 16 à 18 ans doit bénéficier d'un rappel de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

16 – 18 ans : DT adulte + POLIO ORAL  
**TRANCHE D'AGE DE PLUS DE 18 ANS**

Population cible : Tout stagiaire ou apprenti, tout travailleur doit bénéficier de la vaccination contre la diphtérie et le tétanos.

Après 18 ans et tous les 10 ans : DT adulte (sujet bien vacciné).

\* Sujet dont la vaccination DT date de moins de 10 ans : ne pas vacciner.

\* Sujet dont la vaccination date de plus de 10 ans ou n'est pas connue : 2 doses de DT à 1 mois d'intervalle minimum, puis rappel tous les 10 ans.

Disposition : Un intervalle minimum d'un mois doit être respecté entre deux doses itératives à un même vaccin afin de permettre une bonne réponse immunitaire. En cas de retard, il n'est pas nécessaire de recommencer la vaccination depuis le début. Il suffit de reprendre la vaccination là où elle a été interrompue, c'est à dire administrer les doses manquantes comme s'il n'y avait pas d'intervalle prolongé.



## **II- MODALITES DE VACCINATION**

### Présentations

Le POLIO ORAL (VPO) se présente sous forme de liquide en flacons de 20 doses.

Le DT se présente sous 2 formes : en flacons de 20 doses, en flacons uni doses de 0,5 ml

### Voies d'administration

Le VPO est administré par voie orale a raison de 2 gouttes directement sur la langue.

Le DT est administré par voie sous cutanée (face externe du bras).

Utiliser une seringue de 2 ml montée d'une aiguille de 30 mm .Prélever 0,5 ml de vaccin.

Pour la vaccination suivante, changer de seringue et d'aiguille.

### Conservation

Le VPO particulièrement fragile doit être conservé entre 0° et + 4° c, à l'abri de la lumière y compris pendant la séance de vaccination, à la partie haute du réfrigérateur. Le flacon entamé dans la journée doit être détruit en fin de séance de vaccination.

Le vaccin DT doit être conservé entre + 4C° et + 8°C.

Il peut être installé à la partie basse du réfrigérateur. Sa congélation est absolument contre indiquée. La présence de particules floconneuses ou de sédiments au fond du flacon témoigne d'une congélation antérieure, et dans ce cas le vaccin ne doit pas être utilisé.

Mettre à la disposition des équipes de santé chargées de la vaccination le matériel nécessaire pour maintenir une chaîne de froid correcte (réfrigérateur, glacière)

### Réactions post-vaccinales

Le VPO est un vaccin très toléré.

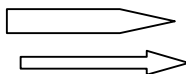
Le DT peut donner lieu à :

\* une hyperthermie dont la durée n'excède pas 48 h

\* un nodule généralement indolore au point d'injection, mais qui peut persister quelques semaines. Ce nodule disparaît sans laisser de traces.

### Contre – indications

\* Contre indication spécifique : VPO  
DT



déficit immunitaire congénital ou acquis.

\* La femme enceinte : Seule le vaccin antitétanique (VAT) est administré à la femme enceinte non vaccinée (VAT 1) à partir 2ème trimestre de la grossesse et (VAT 2) 4 semaines après le VAT 1. En l'absence de vaccin antitétanique, elle doit être adressée en PMI pour prise en charge.

\* Une maladie aiguë préoccupante contre – indique temporairement la vaccination.

\* Exceptionnellement, une réaction anaphylactique est une contre indication à la continuité de la vaccination par le type de vaccin incriminé.

Sérothérapie antitétanique : En cas de plaie à risque élevé, le sérum antitétanique administré chez un sujet non ou mal vacciné , ne doit jamais être utilisé seul.

Il ne faut jamais injecter de sérum sans vacciner.

## **III – BESOINS PREVISIONNELS**

Avant le début de chaque année, les structures de santé transmettre leurs besoins prévisionnels en DT et POV nécessaires à la vaccination de la population cible à l'institut pasteur d'Alger (IPA) afin d'être inclus dans son programme d'importation.

## **IV PERSONNEL CHARGE DE LA VACCINATION**

Dans ce cadre, les services de médecine du travail (SMT) des structures sanitaires ainsi que les centres de médecine du travail (CMT) et médico-sociaux (CMS) des entreprises sont chargés de la vaccination des stagiaires , des apprentis et des travailleurs conformément au nouveau calendrier en vigueur.

En cas d'absence de service de médecine du travail localement compétent, les services d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP) prennent en charge la vaccination des stagiaires, des apprentis et des travailleurs.

La preuve de la vaccination est constituée par la remise obligatoire d'une carte de vaccination devant comporter l'indication de la nature du vaccin utilisé, du numéro de lot, des dates et des doses des injections vaccinales ou, le cas échéant pour la vaccination antipoliomyélitique, des prises orales (voir modèle en annexe1).

La confection des cartes de vaccinations est à la charge des structures qui vaccinent.

Toutes les vaccinations effectuées doivent être portée sur le carnet des vaccinations en milieu de travail, conformément à l'article 29 du décret exécutif n° 93-120 sus visé.

## **V – EVALUATION**

Il est indispensable que tous ceux qui participent à la mise en œuvre de ce programme de vaccination soient en mesure d'évaluer les résultats. Les activités mises en œuvre et les coûts.

La planification et la coordination sont des éléments indispensables pour le déroulement dans des conditions optimales des activités de vaccinations des stagiaires, des apprentis et des travailleurs. Elles se feront de concert avec les responsables des établissements d'enseignement et de formation professionnelle et des organismes employeurs publics et privés et les responsables des structures de santé.

L'évaluation des activités de vaccination doit être établie trimestriellement et annuellement par le service de médecine du travail en collaboration avec le service d'épidémiologie et de médecine préventive du secteur sanitaire territorialement compétent selon le canevas joint en annexe 2 et transmise à la direction de la santé et de la population de la wilaya.

Les réactions post-vaccinales doivent être mentionnées dans l'évaluation.

La direction de la santé et de la population établira l'évaluation annuelle de l'ensemble des activités de vaccination de la wilaya et la transmettra au ministère de la santé et de la population / direction de la prévention / sous direction de la protection sanitaire en milieux spécifiques.

## **VI – PRISE EN CHARGE DU COUT**

La vaccination de l'ensemble de la population cible est à la charge des structures de santé territorialement compétentes sauf pour les vaccinations qui seraient rendues obligatoire pour certaines catégories professionnelles ; le coût en est dans ce cas à la charge des organismes employeurs conformément aux articles 3 et 9 du décret n° 69-88 du 17 juin 1969 rendant obligatoires certaines vaccinations. Cependant les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite peuvent être prises en charge par l'employeur.

Nous attachons une importance particulière à la mise en place effective de ce dispositif dès le 1<sup>er</sup> Mars de l'an 2000.

La présente instruction doit faire l'objet d'une large diffusion au niveau des structures sanitaires ainsi qu'à l'ensemble des centres de formation professionnelle et des organismes employeurs.

LE DIRECTEUR DE LA PREVENTION

**ANNEXE 1  
REPUBLICQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

CARTE DE VACCINATION

NOM

PRENOM

DATE ET LIEU DE NAISSANCE

PROFESSION

ADRESSE PERSONNELLE

GROUPAGE

NUMERO DE SECURITE SOCIALE

ANTECEDANTS VACCINAUX

16 A 18 ANS	DIPHTERIE TETANOS ADULTE + POLIO ORAL
TOUS LES 10 ANS A PARTIR DE 18 ANS	DIPHTERIE TETANOS ADULTE

Vaccin contre DT Adulte polio Oral	Date	Numéro du lot	Signature / Cachet
Autres vaccin	Date	Numéro du lot	Signature / Cachet

Observations :

**ANNEXE 2  
EVALUATION DE LA VACCINATION**

DIPHTERIE. TETANOS. POLIOMELITE

WILAYA

ANNEXE

SECTEUR SANITAIRE

TRIMESTRE

	POPULATION CIBLE	POPULATION VACCINEE POLIO	POPULATION VACCINEE DT	TAUX CV %	NOMBRE DE DOSES
STAGIAIRES					
APPRENTIS					
TRAVAILLEURS					
TOTAL					

## MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

### Arrêté du 20 Mouharam 1412 correspondant au 25 Avril 2000 relatif à la vaccination contre l'hépatite virale B

Le ministre de la santé et de la population

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;  
Vu le décret n°69-88 du 17 juin 1969, modifié et complété, rendant obligatoires certaines vaccinations, notamment son article 3 ;  
Vu le décret présidentiel n° 99-300 du 16 Ramadhan 1420 correspondant au 24 décembre 1999 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu l'arrêté interministériel du 17 Dhou El Hidja 1416 correspondant au 5 mai 1996 fixant la liste des maladies présumées d'origine professionnelle ainsi que ses annexes 1 et 2 ;  
Vu l'arrêté interministériel du 4 Safar 1418 correspondant au 9 juin 1997 fixant la liste des travaux ou les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels ;

#### Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 3 du décret n°69-88 du 17 juin 1969, susvisé, la vaccination contre l'hépatite virale « B » est rendue obligatoire pour toute personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de soins ou de prévention, exerce une activité professionnelle ou bénéficie d'une formation l'exposant à des risques de contamination à l'hépatite virale « B ».

**Article 2** : les personnes concernées sont celles qui sont en contact avec les patients et avec le sang et autres produits biologiques, soit directement, soit indirectement lors de la manipulation et du transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de ligne et de déchets de soins ;

**Article 3** : les établissements et structures et sociaux, dans lesquels le personnel doit être vacciné, conformément à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessous sont :

les établissements publics de santé qui sont les centres hospitalo-universitaires, les établissements hospitaliers spécialisés et les secteurs sanitaires ;

les structures sanitaires parapubliques qui sont les centres de médecine du travail, les centres médico-sociaux ;

l'agence nationale du sang ;

les centres et postes de transfusion sanguine ;

les structures d'hémodialyse ;

les services d'aide médicale d'urgence (SAMU) ;

les unités de dépistage et de suivi en santé scolaire et unité de médecine préventive universitaire ;

L'Institut Pasteur d'Alger ;

Les structures sanitaires privées ;

Les laboratoires d'analyses de biologies médicales ;

Les structures sanitaires des établissements de rééducation ;

Les établissements et services chargés des handicapés ;

Les établissements chargés de l'hébergement pour personnes âgées ;

Les établissements d'accueil pour femmes victimes de violences et en situation de détresse ;

Les établissements et services sociaux concourant à la protection de l'enfant ;

Les établissements chargés de la garde d'enfants en âge préscolaire ;

Les établissements de formation médicale et paramédicale ;

Les bureaux d'hygiène communale ;

Les services de transport sanitaire publics et privés.

**Article 4** : sont assujetties aux dispositions des articles 1 et 2 ci-dessus, les personnes exerçant les activités énumérées ci après, dans la mesure où elles participent à l'activité des établissements et structures prévus à l'article 3 ci-dessus :

la blanchisserie ;

les pompes funèbres ;

le transport de corps.

**Article 5** : les personnes assujetties aux dispositions de l'article 2 ci-dessus sont considérées comme valablement immunisées contre l'hépatite « B » lorsque le nombre de doses vaccinales est au minimum de trois (3).

Le schéma vaccinal préconisé est trois (3) doses, du type 0-1-6 mois, qui respecte un intervalle d'au moins un mois entre la première et deuxième dose, la troisième dose pouvant être, en pratique, réalisée entre 5 et 12 mois après la seconde dose.

**Article 6** : la preuve de la vaccination est constituée par la présentation obligatoire d'une carte de vaccination de la nature du vaccin utilisé, du numéro de lot, des dates et des doses des injections vaccinales.

**Article 7** : A son entrée en fonction ou au moment de son inscription dans un établissement d'enseignement médical ou paramédical, toute personne doit être vaccinée contre l'hépatite « B ». Avant que l'immunisation soit valablement acquise, elle ne peut occuper des fonctions qui la mettent en contact avec des malades ou des produits biologiques et des cultures de cellules vivantes susceptibles de transmettre l'infection.

**Article 8** : Sont exemptées temporairement de l'obligation vaccinale, les personnes qui justifient par la présentation d'un certificat médical, d'une contre indication temporaire à la vaccination requise. Ces personnes ne peuvent recevoir une affectation dans un service les exposant au risque d'infection par des micro-organismes potentiellement pathogènes.

**Article 9** : l'employeur doit établir une liste des postes exposés au risque d'infection à l'hépatite « B » en tenant compte des éléments d'évaluation des risques après avis du médecin du travail.

**Article 10** : les dépenses entraînées par la vaccination obligatoire contre l'hépatite virale B sont à la charge des établissements employeurs ou des établissements de formations concernés.

**Article 11** : le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 20 Moharam 1421 correspondant au 25 avril 2000.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Amara BENYOUNES.**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

Le Ministre

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 14 DU 10 SEPT 2002**  
**RELATIVE A L'OBLIGATION DE LA VACCINATION**  
**CONTRE L'HEPATITE VIRALE B**

DESTINATAIRES :

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé et de la Population.  
Messieurs les Directeurs Généraux des C.H.U  
Messieurs les Directeurs des E.H.S  
Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

REFERENCES :

Décret n° 69-88 du 17 juin 1969 modifié et complété rendant obligatoires certaines vaccinations, notamment son article 3.  
Arrêté du 25 Avril 2000 relatif à la vaccination contre l'hépatite virale B.

L'hépatite virale est une maladie grave qui sévit à l'état endémique au sein de la population hospitalière. C'est la première maladie professionnelle invalidante des personnels des services de santé.

Compte-tenu de la permanence de l'exposition au risque de contamination par le virus dans les établissements de soins et de prévention, il est nécessaire de protéger les professionnels de santé en particulier ceux exposés, dans un double objectif : les protéger d'une contamination par les patients, prévenir des contaminations soignants –soignés.

Aussi , indépendamment des mesures d'hygiène générale indispensable , la vaccination constitue le seul moyen de lutte efficace contre l'hépatite virale B chez les professionnels susceptibles d'être exposés à un risque de contamination du virus à la plupart des agents chimiques et physiques.

Or l'attention du Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière a été attirée sur l'absence de vaccination ou la vaccination incomplète de nombreux personnels en contact avec les patients et avec le sang et autres produits biologiques, soit directement soit indirectement, ce qui les expose à un risque de contamination par le virus de l'hépatite B.

Les personnels contaminés risquent à leur tour de contribuer à la propagation de l'infection par le virus de l'hépatite B.

Aussi cette situation doit être énergiquement prise en charge par les Directeurs des établissements publics ou privés de soins, de prévention ou de réhabilitation qui doivent veiller à ce que l'ensemble des personnels assujettis à l'obligation de vaccination contre l'hépatite virale B soient valablement immunisés, c'est à dire ayant reçu au minimum trois (03) doses vaccinales, et ce conformément aux dispositions de l'Arrêté du 24 Avril 2002 relatif à la vaccination contre l'hépatite B.

A cet effet la responsabilité des Directeurs des établissements doit s'exercer pleinement dans ce domaine et consiste en particulier, en liaison avec les services de médecine du travail ou à défaut toute structure habilitée à la vaccination, à prendre les mesure nécessaires pour :

- La vaccination avant leur entrée en fonction de tous les personnels nouvellement recrutés à des postes les exposant au risque de contamination, sauf preuve d'une vaccination antérieure complète.
- La vaccination complète et dans les meilleurs délais de tous les personnels en poste exposés au risque de contamination et qui ne sont pas encore valablement immunisés.
- L'évaluation permanente des risques de transmission et la constitution d'une liste des postes exposés au risque d'infection.
- L'évaluation des taux de couverture vaccinale contre l'hépatite virale B global, par catégories professionnelles et par services assujettis à la vaccination selon le canevas ci-joint, à établir annuellement et transmettre au Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière (Direction des Actions Sanitaires Spécifiques) à l'échéance de chaque mois de Septembre, accompagné de l'estimation des besoins en vaccins pour l'année suivante.

J'attire votre attention sur le fait que seules seront exemptées temporairement de l'obligation vaccinale les personnes qui justifient d'une contre-indication médicale temporaire. Ces personnes ne doivent en aucun cas recevoir une affectation dans un service les exposant au risque d'infection.

Les personnels refusant la vaccination pour quelque motif, devront faire l'objet de sanctions administratives et ne pas être autorisées à exercer de fonction au contact avec les patients avec le sang et autres produits biologiques, soit directement soit indirectement.

J'attache la plus grande importance à l'application de la présente instruction dont je vous demande de faire part de toute difficulté rencontrée dans son application.

**LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE  
Abdelhamid ABERKANE**

EVALUATION DE LA VACCINATION CONTRE L'HEPATITE VIRALE B

Wilaya de ..... Année :  
C.H.U / EHS /Secteur Sanitaire de .....

Population Cible	Population correctement vaccinée	Population en cours de vaccination	Couverture vaccinale %	Nombre de doses utilisées	Besoins de vaccin
		1°inj2°inj3°inj			

**Arrêté interministériel du 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001 fixant le contenu, les modalités d'établissement et de tenue des documents obligatoirement établis par le médecin du travail**

Le ministre de la santé et de la population ;  
Le ministre du travail et de la sécurité sociale,  
Vu le décret présidentiel n° 01-139 du 8 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail, notamment son article 29 ;  
Vu l'arrêté interministériel du 02 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 02 avril 1995 fixant la convention-type relative à la médecine du travail établie entre l'organisme employeur et le secteur sanitaire ou la structure compétente ou le médecin habilité ;  
Vu l'arrêté interministériel du 17 Dhou El Hidja 1416 correspondant au 15 mai 1996 fixant la liste des maladies présumées d'origine professionnelle ainsi que ses annexes 1 et 2.  
Vu l'arrêté interministériel du 4 Safar 1418 correspondant au 9 juin 1997 fixant la liste des travaux où les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels.

**Arrêtent :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 29 décret n°93-120 du 15 mai 1993 susvisé, la présent arrêté a pour objet de fixer le contenu ainsi que les modalités d'établissement et de tenue des documents obligatoirement établis par le médecin du travail.

**Article 2** : les documents obligatoirement établis par le médecin du travail sont :

le dossier médical individuel.

La fiche de visite médicale individuelle.

Le registre d'activités quotidiennes et de visites médicales d'embauchage, périodique, spontanée et de reprise ;

Le registre spécifique aux postes exposés

Le registre des vaccinations en milieu de travail

Le registre des maladies professionnelles

Le registre des visites d'ateliers

Ces documents doivent être établis conformément aux modèles types figurant aux annexes jointes au présent arrêté.

**Article 3** : Au moment de la visite médicale d'embauchage, le médecin du travail constitue un dossier médical individuel qu'il ne peut communiquer qu'au médecin du travail inspecteur territorialement compétent ; ce dossier est complété après chaque examen médical ultérieur.

Le dossier médical se présente sous la forme d'un dépliant, comportant trois volets de format commercial courant. Il permet l'encartage des autres pièces qui peuvent y être jointes. Les renseignements personnels du travailleur sont portés sur le premier volet.

Le dossier médical est complété de deux modèles de feuilles, l'un réservé pour les visites médicales d'embauchage et périodique et l'autre réservé pour les autres visites médicales.

**Article 4** : Le dossier médical est classé dans un fichier fermant à clef. Le médecin du travail est tenu, comme ses auxiliaires, en secret professionnel. Le médecin du travail a la responsabilité de ce fichier. Au cas où il cesse ses activités au sein de l'organisme employeur il doit le remettre à son successeur.

**Article 5** : La durée de conservation du dossier médical est fixée à dix ans après la date de mise à la retraite. Cependant, si l'intéressé risque une maladie professionnelle dont le délai de reprise en charge fixé par la réglementation en vigueur est supérieur à dix ans, il y a lieu des y conformer.

Dans le cas où l'organisme employeur cesse son activité, les dossiers sont adressés au médecin du travail inspecteur territorialement compétent.

**Article 6** : Au moment de l'embauche, le médecin du travail établit une fiche de visite médicale individuelle précisant la conclusion d'aptitude destinée à l'employeur et devra être conservée par celui-ci pour être présentée à l'inspecteur du travail.

Cette fiche doit être renouvelée chaque visite périodique et de reprise.

**Article 7** : Les registres sont tenus constamment à jour, sous la responsabilité du médecin du travail, sans ratures, surcharges ou apostilles, ils sont présentés à l'inspecteur du travail ou au médecin du travail inspecteur territorialement compétents.

**Article 8** : La durée de conservation des registres est fixée à dix années à partir de la date de leur clôture.

**Article 9** : Le présent arrêté sera publié au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001.

Le ministre de la santé  
et de la population

Le ministre du travail  
et de la sécurité sociale

**Abdelhamid ABERKANE**

**Mohamed Larbi ABDELMOUMEN**

.....  
 Service .....  
 Atelier.....

DOSSIER MEDICAL

Nom.....Prénom.....sexe.....  
 Né(e) le .....à.....  
 Situation de famille.....adresse.....  
 Groupe sanguin.....RH.....N° S.S.....  
 - scolaire.....

Formation professionnelle.....

Qualification professionnelle.....

Postes effectivement occupés chez l'employeur Actuel	Au	du	Risques professionnels	Motifs Changement de poste	
				Médical	autre

Activités professionnelles antérieures : .....

Service national : accompli ..... Dispensé .....Inapte

Départ en retraite le : .....

AFFECTIONS CONGENITALES : MALADIES PROFESSIONNELLES I.P.P

MALADIES GENERALES :

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

ACCIDENTS :

INTOXICATIONS :

Tabac  
 A fumer : oui-non nombre de cigarettes /J.....  
 A chiquer oui-non nombre boîtes /J.....  
 A priser à la première prise  
 Ancien fumeur oui-non période d'exposition  
 Alcool  
 Autre

ACCIDENTS DE TRAVAIL		
DATE	LIEU	CONSEQUENCES

MALADIES A CARACTERE PROFESSIONNEL

VACCINATION	DATE	RAPPEL
SERUMS	DATES	

OBSERVATIONS :

.....  
 .....  
 .....

MALADIES FAMILIALES, HEREDITAIRES ET CHRONIQUES

ASCENDANTS (PERE, MERE, ETC.....)	Enfants
Collatéraux	
Conjoint(S)	

MODELE DE FEUILLE RESERVE AUX VISITES D'EMBAUCHAGE ET PERIODIQUE :

Visite d'embauche ..... VISITE PERIODIQUE .....DATE.....DOCTEUR.....

URINES

Poids.....A jeûn albumine audition vision sans correction avec correction  
 Taille....post sucre OD..... D G D G  
 Prandiales hématies OG.... De prés.... .....  
 Pas d'urines corps de loin.... .....  
 Cétoniques Couleurs

Poste de travail.....Nature des risques .....

Date de la dernière visite préventive.....

Synthèse depuis la dernière visite préventive.....

APPAREIL	INTERROGATOIRE	EXAMEN CLINIQUE
Peau et muqueuses		
Ophthalmologique		
ORL		
Locomoteur		
Respiratoire	Symptômes récents : Symptôme durable :	
Cardio-vasculaire		Pouls :... tension artérielle
Digestif		Denture : carie...gingivopathie... autres... Abdomen.....
Géno-urinaire		
Neurologie et psychisme		
Hématologie et ganglions		
Endocrinologie		

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

FONCTION RESPIRATOIRE	FONCTION CIRCULAIRE	FONCTION MOTRICE

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

RADIOLOGIQUES	RESULTATS
BIOLOGIQUES	RESULTATS
TOXICOLOGIQUES	RESULTATS

**ORIENTATIONS**

SPECIALITE..... POUR AVIS ..... REPONSE.....

POUR TRAITEMENT.....

POUR HOSPITALISATION.....

SERVICE SOCIAL.....

SERVICE EMPLOI.....

APTITUDE AU TRAVAIL

APTE .....

APTE AVEC RESERVES

INAPTE TEMPORAIRE .....

INAPTE DEFINITIF .....

Postes conseillés	Postes déconseillés

Modèle de feuille réservé aux autres visites médicales (en dehors des visites d'embauchage et périodique)

DATE	NATURE DE LA VISITE	OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS	MEDECIN

**ANNEXE 2**

**FICHE DE VISITE MEDICALE INDIVIDUELLE**

NOM..... PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....

ADRESSE.....

ORGANISME EMPLOYEUR.....

PROFESSION.....

POSTE DE TRAVAIL.....

DATE DE LA VISITE MEDICALE.....

CONCLUSION MEDICALE.....

SERVICE MEDECINE DU TRAVAIL.....

LE MEDECIN DU TRAVAIL.....

SIGNATURE /CACHET

**ANNEXE 3**

**REGISTRE D'ACTIVITE QUOTIDIENNE ET DE VISITES D'EMBAUCHAGE, PERIODIQUE, SPONTANEE ET DE REPRISE**

Date de la visite	Nom et prénom du travailleur examiné	Date de naissance	Poste de travail	Nature de la visite	Conclusion de la consultation	Examens complémentaires	Traitement	Ori-entation	Obser-vation

**ANNEXE 4**

**REGISTRE SPECIFIQUE AUX POSTES EXPOSES AUX RISQUES PROFESSIONNELS**

Qualification exacte du poste de travail	Matériaux et produits utilisés	Outils	Posture de travail	Mouvements	Ambiance de travail	Horaires de travail	Risque	Conséquences Médicales	Mesures et moyens de Pré-vention	Obser-vation



**ANNEXE 5****REGISTRE DES VACCINATIONS EN MILIEU DE TRAVAIL**

Nom et prénom du travailleur	Date de naissance	Profession	Statut vaccinal Antérieur	Technique Vaccinale	Dose de L'injection Vaccinale	Dates des vaccinations Avec numéro des lots	observations

N.B : il y a lieu de prévoir des registres différents pour chaque type de vaccination.

**ANNEXE 6****REGISTRE DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

Nom et prénom du travailleur	Date de Naissance	Profession	Atelier	Maladies Professionnelle	Numéro De tableau	Date de Déclaration	observation

**ANNEXE 7****LE REGISTRE DES VISITES D'ATELIERS**

Date	Médecin	Identification de l'atelier	Hygiène Générale Et facteurs d'ambiance	Nature Des travaux Et produits Utilisés	Pathologie Professionnelle	Mesures de prévention et d'adaptation Du travail	Analyses, Mesures et prélèvements	observation

## Arrêté interministériel du 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001 fixant le rapport type du médecin du travail

Le ministre de la santé et de la population,  
Le ministre du travail et de la sécurité sociale,

Vu le décret présidentiel n 01-139 du 8 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail, notamment son article 37,

Vu l'arrêté interministériel du 2 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 2 avril 1995 fixant la convention-type relative à la médecine du travail établie entre l'organisme employeur et le secteur sanitaire ou la structure compétente ou le médecin habilité ;

Vu l'arrêté interministériel du 17 Dhou El Hidja 1416 correspondant au 5 mai 1996 fixant la liste des maladies présumées d'origine professionnelle ainsi que ses annexes 1 et 2

Vu l'arrêté interministériel du 4 Safar 1418 correspondant au 9 juin 1997 fixant la liste des travaux ou les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels.

### Arrêtent :

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 37 du décret n 93-120 du 15 mai 1993 le présent arrêté a pour objet de fixer le rapport type établi par le médecin du travail,

**Article 2** : Le rapport faisant état de l'organisation et du fonctionnement des activités médicales effectuées, doit être établi conformément au modèle joint à l'annexe du présent arrêté.

Ce rapport doit être établi chaque année par le médecin du travail et présenté à l'employeur au plus tard, à la fin du quatrième (4<sup>ème</sup>) mois suit l'année pour laquelle il a été établi,

**Article 3** : L'employeur est tenu de transmettre dans un délai d'un mois à compter de sa présentation un exemplaire du rapport annuel, accompagné des observations des représentants des travailleurs, au service de médecine du travail du secteur sanitaire territorialement compétent,

**Article 4** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001,

Le ministre de la santé  
et de la population  
**Abdelhamid ABERKANE,**

Le ministre du travail  
et de la sécurité sociale  
**Mohamed Larbi ABDELMOUMEN**

**ANNEXE**

RAPPORT TYPE DU MEDECIN DU  
TRAVAIL ANNEE

L'ORGANISME EMPLOYEUR

Identification :

\*Branche d'activité :

Industrie    Bâtiment et travaux publics    Agriculture    secteur tertiaire

\*Adresse :

\*Téléphone :

MEDECIN DU TRAVAIL

\*Nom et prénom

\*Titres et diplômes :

\*Modalités d'exercice /volume horaire mensuel :

Observation :

Lorsque plusieurs médecins du travail prennent en charge le même organisme employeur, ils doivent élaborer la synthèse de leurs activités dans le même rapport

Il y a lieu alors de compléter la liste des médecins comme suit :

Nom et prénom	Titres et diplômes	Modalités d'exercice	Observation

3 -AUXILIARES MEDICAUX

\*Nombre d'infirmiers

\*Nombre de secrétaires médicales :

\*Autres :

\*Observation :

4-LA STRUCTURE MEDICALE

4,1, Identification

Adresse :

Téléphone

4 ,2 DESCRIPTION DES LOCAUX :

4, 3 EQUIPEMENTS MIS A LA DSPOSITION DU MEDECIN DU TRAVAIL :

\*CABINET MEDICAL

\*EXPLORATION FONCTIONNELLE (ensemble d'examens cliniques et biologiques)

\*METROLOGIE D'AMBIANCE

5-EFFECTIF DES TRAVAILLEURS

5,1, effectif des travailleurs

effectif attribué au 1<sup>er</sup> janvier :

effectif réel pris en charge :

Horaire de travail :

5,2, EFFECTIF SOUMIS A UNE SURVEILLANCE MEDICALE PARTICULIERE  
(Art 16/ décret 93-120 du 15 mai 1993)

CATEGORIE DES TRAVAILLEURS	NOMBRE DE TRAVAILLEURS
Apprentis	
Particulièrement ou fortement exposés	
Nature,	
Agés de moins de 18 ans	
Agés de plus de 55 ans	
Handicapés	
Malades chroniques	
Femmes enceintes, mères d'un enfant de moins de 2ans	
	TOTAL

\*Travaux à risque (Arrêté du 9/06/97) et maladies professionnelles (Arrêté du 5/05/96)

5, 3, EFFECTIF PAR RISQUE

\*RISQUE CHIMIQUE :

\*RISQUE PHYSIQUE :

\*RISQUE BIOLOGIQUE :

\*AUTRES RISQUES :

Observations :

**6-EXAMENS MEDICAUX**

Visites médicales	Nombre	%
Embauchages		
Périodiques		
Visites annuelles 1 <sup>ère</sup>		
Visites particulières 2 <sup>ème</sup>		
Reprise		
Après accident de travail ou maladie professionnelle		
Après congé maternité		
Absence plus de 21 jours ou répétée		
Spontanée		
A la demande du travailleur		
A la demande de l'employeur		
	TOTAL	TOTAL

Observation :

## 7- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

7,1, A TITRE PREVENTIF,

Nature du risque	Nature de l'examen	Nombre examens prescrits	Nombre examens réalisés	

Observations :

7,2, A titre curatif

Nature de l'examen	Nombre examens prescrits	Nombre examens réalisés	%réalisés service
Radiologique			
biologique			
	TOTAL	TOTAL	TOYAL

Observations :

## 8- CONCLUSIONS DES EXAMENS

8,1 conclusions professionnelles

	Embauche	Périodique	Reprise	Autre	Total
Apte					
Apte avec réserve					
Inapte					

Observations :

8,2, Conclusions Médicales

\*nombre de pathologies dépistées :

Citer les plus fréquentes

Pathologie	Nombre

- Nombre de travailleurs orientés

Spécialité	Nombre Travailleurs orientés	Nombre Travailleurs Pris en charge	Spécialité	Nombre Travailleurs Orientés	Nombre Travailleurs Pris en charge
Cardiologie			Gynécologie		
Dermatologie			Hématologie		
Endocrinologie			Neurologie		
Ophthalmologie			Orthopédie		
O,R,L			Psychiatrie		
Nephro-Uro			Rhumatologie		
Pneumologie			Stomatologie		
Gastrologie			Autres		
				Total	Total

\* Déclarations de maladies professionnelles

Numéro du tableau	maladie	Nombre
		Total

\*Déclarations des accidents de travail

Nature	Nombre sans arrêt	Nombre avec arrêt	Total	Observation
	Total	Total	Total	

\*Déclarations de maladies à caractère professionnel

Risque ou agent causal	Poste occupé	Nombre de déclarations
		Total

\* Maladies à déclaration obligatoire

Maladie	Nombre	Observation
	Total	

Observations :

**9-ACTIVITES EN MILIEU DE TRAVAIL**

9, 1, TEMPS MENSUEL CONSACRE :

Observation :

9,2, Etude du milieu de travail

9, 2, 1, Visites des lieux de travail

\*nombre de visites des lieux de travail :

\*nombre de visites ayant fait l'objet de propositions :

- Organisation du travail,.....
- Conditions de travail .....
- Protection collective .....
- Protection individuelle,.....
- Autres .....

\*Nature des principaux risques ayant entraîné votre intervention :

Observation :

9, 2,2. Etudes de métrologie

Nature de l'étude	Médecin du travail	Infirmier	Technicien de L'entreprise	Organisme Extérieur
Total				

Observations :

9,2, 3, Etudes de poste

Nature de l'étude	Médecin de travail	Infirmier	Technicien de L'entreprise	Organisme Extérieur
Total				

Observations

9, 2, 4, Enquêtes

Enquêtes	Nombre
Suite à un accident de travail	
Suite à une maladie professionnelle	
Suite à une maladie à caractère professionnel	
Autres	
	Total

Observations :

9, 2,5, Participation à la commission paritaire d'hygiène et de sécurité

Nombre de réunions :

Observation :

**10-ACTIVITES D'INFIRMERIE**

Activité	Nombre
Soins généraux	
Soins pour accidentés du travail	
Autres	
	Total

Observations :

**11- VACCINATIONS**

Vaccination contre	Population cible	Nombres travailleurs Correctement vaccinés	%	Nombre travailleurs En cours de vaccination	%	Doses utilisées

Observation :

**12-ACTION DE FORMATION ET SENSIBILISATION**

12,1, Formation et travaux du médecin

\*Temps et nature de la formation continue

\*Temps et nature des journées d'études et réunions :

\*Temps consacré aux études et recherche :

Citez l'organisme responsable ou associé

\*Références des travaux de publication :

12,2, FORMATION DE SECOURISTES

	Par le médecin du travail	Par une autre structure (préciser)
Nombre de secouristes formés		
Nombre de secouristes recyclés		

Observation :

**12,3, EDUCATION SANITAIRE**

Thèmes :

Nombre de participants :

Observations :

**13-PRISE EN CHARGE DES URGENCES**

13, 1, Organisation

\*Des soins sur le lieu de l'accident

Existe-t-il des consignes de soins ?

\*Du relevage et du transport à l'infirmerie

\*Des soins à l'infirmerie :

\*De l'évacuation vers la structure sanitaire concernée :

13,2 , MOYENS

\*Humains :

\*Matériels et équipements :

\*De transport :

13,3 MANŒUVRES DE SIMULATION

14- OBSERVATIONS GENERALES OU REFERENCEES

Date et signature

# Arrêté du 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001 fixant les normes en matière de moyens humains, de locaux et d'équipement de services de médecine du travail

Le ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret présidentiel n 01-139 du 8 Rabie el Aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail

Vu le décret n 91-106 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique ;

Vu le décret exécutif n 91-107 du 27 avril 1991, modifié et complété, portant statut particulier des personnels paramédicaux ;

Vu le décret exécutif n 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail, notamment son article 11 ;

Vu l'arrêté interministériel du 4 Safar 1418 correspondant au 9 juin 1997 fixant la liste des travaux ou les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels ;

## Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 11 du décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer les normes en matière de moyens humains, de locaux et d'équipement des services de médecine du travail,

## CHAPITRE I DES MOYENS HUMAINS

**Article 2** : Lorsque les examens médicaux sont effectués au sein du service de médecine du travail autonome de l'organisme employeur, les normes minimales en matière de moyens humains à respecter sont :

- 1 médecin du travail à temps plein pour 1730 travailleurs fortement exposés aux risques Professionnels,
- 1 médecin du travail à temps plein pour 2595 travailleurs moyennement ou peu exposé aux risques professionnels,

Pour les organismes employant des travailleurs fortement exposés aux risques professionnels

- 1 infirmier pour 200 travailleurs et plus,
- 2 infirmiers pour 800 à 2000 travailleurs,

Au dessus de 2000 travailleurs, un infirmier supplémentaire par tranche de 1000 travailleurs

Pour les organismes employant des travailleurs moyennement ou peu exposés aux risques professionnels :

- 1 infirmier pour 500 travailleurs et plus,
- 2 infirmiers pour 1000 travailleurs et plus,
- 1 secrétaire médicale lorsqu'il y a plus de 2 médecins,

**Article 3** : Lorsque les examens médicaux sont effectués dans un service de médecine du travail Inter-organismes ou relevant du secteur sanitaire ou de la structure compétente, les normes minimales en matière de moyens humains à respecter sont :

- 1 médecin du travail à temps plein,
- 1 infirmier,
- 1 secrétaire médicale,

## CHAPITRE II DES LOCAUX

**Article 4** : Lorsque les examens médicaux sont effectués au sien du service de médecine du travail autonome de l'organisme employeur, les normes minimales en matière de locaux doivent être respectées comme suit :

- Un cabinet médical par à temps plein,
- Une salle de soins et d'investigations complémentaires,

Le cabinet médical et la salle de soins étant contigus,

- Un secrétariat médical lorsqu'il y a plus de deux médecins
- Une salle d'attente,
- -Des installations sanitaires à proximité,

Lorsque l'effectif des travailleurs nécessite plus de cinq médecins à temps complet, les locaux médicaux doivent être divisés en plusieurs unités réparties de façon à rapprocher les médecins du lieu de travail, selon les normes indiquées ci-dessus,

**Article 5** : Une salle d'observation avec lit, dans laquelle peut être mis en observation un blessé ou un malade allongé doit être prévue dans les organismes employant 2000 travailleurs et plus-

Cette salle doit être contiguë aux locaux médicaux afin que le personnel médical ou infirmier puisse assurer la surveillance,

**Article 6** : Lorsque les examens médicaux sont effectués dans un service de médecine du travail inter-organismes ou relevant du secteur sanitaire ou de la structure compétente, les normes minimales en matière de locaux doivent être respectées comme suit :

- Un cabinet médical,
- Une salle de soins,
- Une salle d'investigations complémentaire,
- Un secrétariat médical,

L'ensemble de ces pièces étant contiguës,

- Une salle d'attente,
- Des installations sanitaires à proximité,

Lorsque le service est suffisamment important pour nécessiter l'emploi de plusieurs médecins à temps complet, le nombre de cabinets médicaux peut être augmenté en conséquence,

Toutefois, s'il n'y a pas un cabinet médical par médecin au service, celui –ci doit comporter un bureau médical mis à la disposition de l'ensemble des médecins,



### CHAPITRE III DE L'EQUIPEMENT

**Article 7** : Lorsque les examens médicaux sont effectués dans un service de médecine du travail autonome ou inter-organismes ou relevant du secteur sanitaire ou de la structure compétente, les normes minimales en matière d'équipement à respecter sont :

- Un matériel nécessaire à un examen clinique complet par cabinet,
- Une toise et un pèse personne pour les examens biométriques
- Une échelle optométrique pour l'examen de la vision,
- Un négatoscope par cabinet médical pour la visualisation des clichés radiologiques
- Un fichier pour la conservation des dossiers médicaux dans les conditions assurant le secret médical,
- Un matériel nécessaire aux examens de laboratoire courants,

Des appareillages propres à des explorations fonctionnelles et des mesures sur le milieu du travail en fonction des situations spécifiques,

**Article 8** : Les caractéristiques générales, ainsi que les conditions d'aménagement et d'équipement des locaux font l'objet d'une annexe jointe au présent arrêté

**Article 9** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire,

Fait à Alger, le 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001,

**Abdelhamid ABERKANE,**

## Annexe

### CARACTERISTIQUES GENERALES AMENAGEMENT ET EQUIPEMENT DES LOCAUX MEDICAUX

Le cabinet médical est une pièce de 16m<sup>2</sup>, dans laquelle le médecin doit pouvoir pratiquer un examen clinique complet, il convient donc qu'il dispose au moins de :

---un bureau,

Une possibilité d'isolement pour le déshabillage par cabine ou paravent ou à défaut, par un aménagement tel que la partie de la pièce réservée à l'examen clinique puisse être isolée de l'ensemble,

---Une table d'examen,

Dans la salle d'investigations complémentaire doivent pouvoir être pratiqués :

---des examens biométriques (taille et poids),

le contrôle de la vision,

des prélèvements et examens de la laboratoire courants,

des épreuves fonctionnelles, éventuellement respiratoire, visuelle, cardiaque et auditive

La salle de soins doit permettre que des soins médicaux y soient prodigués, qu'un malade ou un blessé y soit surveillé en l'absence de salle d'observation,

Le bureau mis à la disposition de l'ensemble des médecins des services, de médecine du travail du travail inter-organismes ou relevant des secteurs sanitaires ou des structures compétentes doit permettre aux médecins d'y faire du travail sur dossiers et éventuellement de s'y réunir

Les locaux médicaux doivent être aisément accessibles même pour un blessé transporté en brancard ou un handicapé en fauteuil roulant,

Le cabinet médical doit être équipé d'un poste téléphonique autonome permettant d'assurer le respect du secret professionnel relié au secrétariat médical,

L'alimentation en eau courante doit être assurée de telle façon qu'un lavabo puisse être installé dans le cabinet médical et que le compartiment des examens biométriques soit, équipé d'un évier avec paillasse et de dimensions suffisantes pour pouvoir pratiquer les examens biométriques, de laboratoire et épreuves fonctionnelles éventuellement,

Ils doivent avoir également une bonne isolation phonique, afin qu'aucun bruit ne gêne les examens, un éclairage, un chauffage et une aération suffisante,

**Arrêté du Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 30 du décret exécutif n 93-120 du mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail**

Le ministre de la santé et de population,

Vu le décret présidentiel n 01-139 du Rabie El Aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n 91-107 du 27 avril 1991 modifiée et complétée, portant statut particulier des personnels paramédicaux ;

Vu le décret exécutif n 93-120 du 15 mai relatif à l'organisation de la médecine du travail, notamment son article 30,

Vu l'arrêté interministériel du 4 Safar 1418 correspondant au 9 juin 1997 fixant la liste des travaux où les travailleurs sont exposés aux risques professionnels,

**Arrête :**

**Article 1 :** Le présent arrêté a pour objet de fixer les modalités d'application de l'article 30 du décret exécutif n 93-120 du 15 mai 1993, susvisé,

**Article 2 :** Dans le cas de l'organisation d'un service de médecine du travail autonome les organismes employeurs doivent s'assurer à temps complet le concours d'infirmiers diplômés, à raison au moins :

Pour les organismes employant des travailleurs fortement exposés aux risques professionnels

-1 infirmier pour 200 travailleurs et plus,

-2 infirmiers pour 800 à 2000 travailleurs,

Au dessus de 2000 travailleurs, un infirmier supplémentaire par tranche de 1000 travailleurs

Pour les organismes employant des travailleurs moyennement ou peu exposés aux risques professionnels :

-1 infirmier pour 500 travailleurs et plus,

- 2 infirmier pour 1000 travailleurs et plus,

**Article 3 :** Lorsque le nombre d'infirmiers arrêté conformément aux dispositions ci-dessus le permet, leurs heures de travail sont réparties de telle façon qu'au moins un infirmier soit toujours présent pendant les heures normales de travail du personnel,

En cas de travail de nuit, un service de garde est assuré

**Article 4 :** Au dessous d'un effectif de 500 travailleurs pour les organismes employant des travailleurs moyennement ou peu exposés aux risques professionnels, de 200 travailleurs pour les organismes employant des travailleurs fortement exposés aux risques professionnels, un infirmier est affecté à l'infirmierie à la demande du conseil d'administration ou du médecin du travail qui prend en charge l'organisme employeur,

**Article 5 :** Le personnel infirmier doit exercer son action au service médical et sur les lieux de travail, en liaison avec le médecin du travail et sous sa responsabilité,

**Article 6 :** L'organisme employeur est tenu d'assurer au personnel infirmier une formation continue adaptée aux tâches qui lui sont dévolues en vue d'une amélioration constante de leur qualification,

**Article 7 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire,

Fait à Alger, le 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001.

**Abdelhamid ABERKANE**

**INSTRUCTION N° 11 /MSP/MIN du 13 juin 2002 relative à l'évaluation des activités de Médecine du travail**

Destinataires :

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population,

En communication à :

Madame et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo- Universitaires.

Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

**Objet : Révision du système d'évaluation des activités de médecine du travail**

Références :

Loi N° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail.

Décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

Arrêté interministériel du 2 avril 1995 fixant la convention –type relative à la médecine du travail établie entre l'organisme employeur et le secteur sanitaire ou la structure compétente ou le médecin habilité.

Arrêté interministériel du 9 juin 1997 fixant la liste des travaux ou les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels.

Arrêté interministériel du 16 octobre 2001 fixant le contenu, les modalités d'établissement et de tenue des documents obligatoirement établis par le médecin du travail.

Arrêté interministériel du 16 octobre 2001 fixant le rapport type du médecin du travail.

Arrêté du 16 octobre 2001 fixant les normes en matière de moyens humains, de locaux et d'équipement des services de médecine du travail.

Arrêté du 16 octobre 2001 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 30 du décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

La présente instruction a pour objet de fixer les mécanismes de collecte des informations émanant des services de médecine du travail, les supports de recueil et leur périodicité, les et les délais d'acheminement pour la mise en œuvre d'une base de données exhaustive relative à la couverture des travailleurs par la médecine du travail.

**I- Au niveau de l'organisme employeur :**

L'employeur est informé du suivi médical de ses salariés, de l'activité du ou des médecins du travail et du fonctionnement du service de médecine du travail en terme d'interventions sur les lieux de travail par la biais du rapport annuel du médecin du travail conformément à l'arrêté interministériel du 16 octobre 2001 fixant le rapport type du médecin du travail.

Afin de permettre une évaluation fiable et exhaustive en fin d'année, le médecin du travail doit obligatoirement consigner l'ensemble des actes quotidiens sur les supports standardisés, devant faciliter le recueil des données, prévus par l'arrêté interministériel du 16 octobre 2001 fixant le contenu, les modalités d'établissement et de tenue des documents obligatoirement établis par le médecin du travail il s'agit :

- \* Du dossier médical individuel ;
- \* De la fiche de visite médicale individuelle ;
- \* Du registre d'activité quotidienne et de visites médicales d'embauchage, périodique spontanée et de reprise
- \* Du registre spécifique aux postes exposés ;
- \* Du registre des vaccinations en milieu de travail ;
- \* Du registre des maladies professionnelles ;
- \* Du registre des visites d'ateliers.

Est considéré comme organisme employeur ou entreprise tout établissement ou unité sise en un lieu topographiquement distinct et dans laquelle une ou plusieurs personnes travaillent pour le compte d'un même organisme employeur .Ce peut être une usine, un magasin, un dépôt, etc.....

**2- Au niveau régional :**

Les services de médecine du travail des organismes employeurs (centres de médecine du travail et centres médico-sociaux) doivent transmettre une copie du rapport annuel destiné à l'employeur au médecin du travail inspecteur de la direction de la santé et de la population au plus tard à la fin du 1<sup>er</sup> mois qui suit l'année pour laquelle il a été établi.

Les services de médecine du travail des structures sanitaires publiques ( secteurs sanitaires, centres hospitalo-universitaires , établissements hospitaliers spécialisés), des services inter-organismes ainsi que les médecins spécialistes en médecine du travail exerçant à titre privé doivent élaborer une synthèse annuelle faisant état de l'évaluation des leurs activités de médecine du travail effectuées pour l'ensemble des organismes employeurs pris en charge conformément au modèle joint à l'annexe I de la présente instruction , au modèle joint à l'annexe I de la présente instruction , au plus tard à la fin du 1<sup>er</sup> mois qui suit l'année pour laquelle elle a été établie.

En outre les secteurs sanitaires destinataires des rapports annuels émanant des employeurs sont tenus d'établir un fichier des organismes employeurs couverts implantés dans la circonscription du secteur sanitaire et de transmettre une copie des rapports dans les meilleurs délais au médecin du travail inspecteur de la direction de la santé et de la population.

Le médecin du travail inspecteur de la Direction de la santé et de la population est informé de la couverture des salariés par médecine du travail par le biais ;

\* Des rapports annuels des services de médecines du travail des organismes employeurs

\* Des synthèses annuelles faisant état de l'évaluation des activités de médecine du travail effectuées pour l'ensemble des organismes employeurs pris en charge par les services de médecine du travail des structures sanitaires publiques , des services inter-organismes ainsi que des médecins spécialistes en médecine du travail exerçant à titre privé.

Le médecin du travail inspecteur de la direction de la santé et de la population assurera la collecte et le traitement de l'ensemble des informations au sein de sa wilaya et établit la synthèse annuelle des activités de médecine du travail de l'ensemble des services de médecine du travail des organismes employeurs inter-organismes des secteurs sanitaires des centres hospitalo-universitaires , des établissements spécialisés hospitaliers et des médecins spécialistes en médecine du travail exerçant à titre privé . Il transmet au Ministère de la santé et de la population / Direction des actions sanitaires spécifiques / sous – direction de la santé au travail une synthèse annuelle faisant état de l'évaluation des activités de médecine travail conformément au modèle joint à l'annexe II de la présente instruction, au plus tard, à la fin du 2ème mois qui suit l'année pour laquelle elle a été établie.

En cas d'absence de médecin du travail inspecteur, le responsable des activités de médecine du travail au sein de la direction de la santé et de la population est chargé du suivi et de l'évaluation des activités de médecin du travail.

Les dispositions de la présente instruction remplacent celles concernant l'évaluation des activités de médecine du travail de l'instruction n° 172 du 12 avril 1984 relative à la prise en charge des activités de médecine du travail par les secteurs sanitaires. Ainsi, l'évaluation trimestrielle est remplacée par une évaluation annuelle.

#### **Au niveau central**

Le Ministère de la santé et de la population traite et analyse les informations parvenues à son niveau, établit la synthèse annuelle des activités de médecine du travail à l'échelle nationale et assure la rétro-information vers les niveaux de collecte et de transmission des données.

Ainsi, l'exploitation de ces informations donnera lieu à la production de statistiques régionales et nationales sur l'exposition des travailleurs aux risques professionnels, le suivi médical de la population au travail, l'activité des médecins et le fonctionnement des services en terme d'interventions sur les lieux de travail.

Aussi vous voudrez bien prendre toutes dispositions en ce sens, car la révision du système d'informations, pour une meilleure représentative de la situation sanitaire des travailleurs constitue un pas important pour l'élaboration de programmes adaptés de surveillance et de protection des populations salariées exposées à des nuisances ou à des situations de travail susceptibles d'être néfastes pour la santé.

**Le Ministre de la santé et de la population**

**ANNEXE I**

Synthèse annuelle de l'évaluation des activités de médecine du travail

Année .....

Structure médicale

**1- LES ORGANISMES EMPLOYEURS :**

Identification	Effectifs Industrie	Effectif Bâtiment	Effectif Agriculture	Effectifs S.Tertiaire

Nombre d'entreprises couvertes :  
Nombre de conventions :

Effectifs industrie :  
Effectifs Bâtiment :  
Effectif Agriculture :  
Effectif Secteur Tertiaire :  
MEDECIN DU TRAVAIL :

Nom e prénom	Titre et diplômes	Modalités d'exercice	observation

**3-AUXILIAIRES MEDICAUX :**

\* Nombre d'infirmiers :  
\* Nombre de secrétaires médicales :  
\* Autres

**4- LA STRUCTURE MEDICALE :**

4-1- IDENTIFICATION :

\* Adresse :  
\* Téléphone :

4-2- DESCRIPTION DES LOCAUX :

4-3- EQUIPEMENTS MIS A LA DISPOSITION DU MEDECIN DU TRAVAIL :

\* CABINET MEDICAL.  
\* EXPLORATION FONCTIONNELLE.  
\* METROLOGIE D'AMBIANCE.

5- EFFECTIFS DES TRAVAILLEURS :

5-1- EFFECTIF DES TRAVAILLEURS :

\* Effectif attribué au 1<sup>er</sup> Janvier :

\* Effectif réel pris en charge :

\* Horaires de travail :

5-2- EFFECTIF SOUMIS A UNE SURVEILLANCE MEDICALE PARTICULIERE :

(Art.16/décret 93-120 du 15 Mai 1993).

CATEGORIE TRAVAILLEURS	NOMBRE TRAVAILLEURS
Apprentis	
Particulièrement ou fortement exposés	
Nature ....	
Agrès de moins de 18 ans	
Agrès de plus de 55 ans	
Handicapés	
Malades chroniques	
Femmes enceintes, Mères d'un enfant de moins de 2 ans	
Total	

Travaux à risque (Arrêté du 09/06/97) et Maladies professionnelles (Arrêté du 05/05/96).

5-3- EFFECTIF PAR RISQUE :

\* RISQUE CHIMIQUE :

\* risque physique :

\* RISQUE BIOLOGIQUE :

\* AUTRE RISQUE :

6- EXAMENS MEDICAUX :

Visites Médicales	Nombre	%
Embauchages		
Périodiques		
Visites annuelles 1 <sup>er</sup>		
Visites particulières 2 <sup>ème</sup>		
Reprise		
Après accident de travail ou maladie professionnelle .....		
Après congé maternité .....		
Absence plus de 21 jours ou répétée .....		
Spontanée .....		
A la demande du travailleur ...		
A la demande de l'employeur		
	Total	Total

7- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

7-1- A TITRE PREVENTIF :

Nature du risque	Nature de l'examen	Nombre examens prescrits	Nombre examens réalisés	% Réalisés service
		Total	Total	Total

7-2- A TITRE CURATIF :

Nature de l'examen	Nombre examens prescrits	Nombres examens réalisés	% réalisés service
Radiologique			
Biologique	TOTAL	TOTAL	TOTAL

8- CONCLUSIONS DES EXAMENS :

8-1- CONCLUSIONS PROFESSIONNELLES :

	Embauche	Périodique	Reprise	Autre	Total
Apte					
Apte avec réserve					
Inapte					

8-2- CONCLUSIONS MEDICALES :

\* Nombre de pathologies dépistées :

Citer les plus fréquentes

Pathologie	Nombre

\* Nombre de travailleurs orientés :

Spécialité	Nombre travailleurs orientés	Nombre travailleurs pris en charge	Spécialité	Nombre travailleurs orientés	Nombre travailleurs pris en charge
Cardiologie			Gynécologie		
Dermatologie			Hématologie		
Endocrinologie			Neurologie		
Ophthalmologie			Orthopédie		
O.R.L			Psychiatrie		
Nephro-Uro			Rhumatologie		
Pneumologie			Stomatologie		
Gastrologie			Autres		
			Total		Total

\* Déclaration de maladies professionnelles

Numéro	Maladie	Nombre

\* Déclarations des accidents de travail

Nature	Nombre sans Arrêt	Nombre avec Arrêt	Total	Observation
	Total	Total	Total	

\* Déclarations de maladies à caractère professionnel

Risque ou agent causal	Poste occupé	Nombre de déclarations
		Total

\* Maladies à déclaration obligatoire

Maladie	Nombre	Observation
	Total	

9- ACTIVITES EN MILIEU DE TRAVAIL :

9-1- ETUDE MENSUEL CONSACRE :

9-1-1- Visites des lieux de travail :

Nombre d'organisme employeurs concernés :

Nombre de visites des lieux de travail :

Nombre de visites ayant fait de propositions

\* Organisation du travail .....

\* Condition de travail .....

\* Protection collective .....

\* Protection individuelle .....

\* Autres .....

Nature des principaux risques ayant entraîné votre intervention :



9-1-2- Etudes de métrologie :

Nature de l'étude	Médecin du travail	Infirmier	Technicien de l'entreprise	Organisme extérieur
Total				

9-1-3- Etudes de Postes :

Nature de l'étude	Médecin du travail	Infirmier	Technicien de l'entreprise	Organisme extérieur
Total				

Nombre d'organisme employeurs concernés

9-1-4- Enquêtes :

Enquête	Nombre
Suite à un accident de travail	
Suite à une maladie professionnelle	
Suite à une maladie à caractère professionnel	
Autres	Total

Nombre d'organisme employeurs concernés :

9-1-5- Participation à la Commission d'Hygiène et de Sécurité :

Nombre d'organisme employeurs concernés :

Nombre de réunions :

**10- ACTIVITES D'INFIRMERIE :**

Activités	Nombre
Soins Généraux	
Soins pour accidentés du travail	
Autres	Total

11- VACCINATIONS :

Vaccination centre	Population cible	Nombre travailleurs correctement vaccinés	%	Nombre travailleurs en cours de vaccination	%	Doses utilisées

12—ACTIONS DE FORMATIONS ET SENSIBILISATION :

12-1- FORMATION ET TRAVAUX DU MEDECIN :

\* Temps et nature de la formation continue :

\* Temps et nature des journées d'études et réunions :

citez organisme responsable ou associé :

\* Références des travaux de publication :

12-2- FORMATION DE SECOURISTES :

	Par le médecin du travail	Par autre structure ( préciser)
Nombre de secouristes formés		
Nombre de secouristes recyclés		

12-3- EDUCATION SANITAIRE :

\* Thèmes :

\* Nombre de participants :

\* Observation :

13- PRISE EN CHARGE DES URGENCES :

Précisez le nombre d'organisme employeurs

13-1- ORGANISATION :

\* Des soins sur le lieu de l'accident

Existe t-il des consignes de soins ?

\* Du relevage et du transport à l'infirmerie :

\* Des soins à l'infirmerie :

\* De l'évacuation vers la structure sanitaire concernée :

13-2- MOYENS :

\* Humains :

\* Matériels et équipements :

De transport :

13-3- MANŒUVRES DE SIMULATION

14- OBSERVATIONS GENERALES OU REFERENCES

DATE ET SIGNATURE

LE MEDECIN DU TRAVAIL  
INSPECTEUR

LE RESPONSABLE DES ACTIVITES  
MEDECINE DU TRAVAIL

## Décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999 relatif à la prévention des risques liés à l'amiante.

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa) ;  
Vu la loi n°83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement ;  
Vu la loi n°83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;  
Vu la loi n°83-17 du 16 juillet 1983, modifiée et complétée, portant code des eaux ;  
Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et la promotion de la santé ;  
Vu la loi n°88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;  
Vu la loi n°90-11 du 21 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail ;  
Vu la loi n°91-25 du 18 décembre 1991 portant loi de finances pour 1992, notamment son article 117 ;  
Vu le décret présidentiel n° 98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 15 décembre 1998 portant nomination du Chef du Gouvernement ;  
Vu le décret présidentiel n°98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n°90-79 du 27 février 1990 portant réglementation des transports des matières dangereuses ;  
Vu le décret exécutif n°91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail ;  
Vu le décret exécutif n°91-175 du 28 mai 1991 définissant les règles générales d'aménagement, d'urbanisme et de construction ;  
Vu le décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail ;  
Vu le décret exécutif n° 93-160 du 10 juillet 1993 réglementant les rejets d'effluents liquides industriels ;  
Vu le décret exécutif n° 93-165 du 10 juillet 1993 réglementant les émissions atmosphériques de fumées, gaz, poussières, odeurs et particules solides ;  
Vu le décret exécutif n°99-89 du 14 Jomada Ethania 1414 correspondant au 8 novembre 1999 portant obligation pour toute entreprise intervenant au cadre de la réalisation des marchés publics du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique d'être titulaires du certificat de qualification et de classification professionnelles ;  
Vu le décret exécutif n°97-254 du 3 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 8 juillet 1997 relatif aux autorisations préalables à la fabrication et à l'importation des produits toxiques présentant un risque particulier ;  
Vu le décret exécutif n°98-339 du 13 Rajab 1419 correspondant au 3 novembre 1998 définissant la réglementation applicable aux installations classées et fixant leur nomenclature ;

### Décrète :

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de définir les mesures de prévention des risques liés aux activités dans lesquelles les travailleurs et/ou la population générale sont exposés ou susceptibles d'être exposés aux poussières provenant de l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante.

**Article 2** : Au sens du présent décret, le terme "amiante" désigne les silicates fibreux appartenant aux deux (2) grands groupes suivants :  
Les amphiboles ;  
Les serpentines.

**Article 3** : La mise sur le marché et l'emploi de toutes les fibres d'amiante et des produits auxquels elles ont été délibérément ajoutées, à l'exception du chrysotile (amiante blanc) sont interdits.

**Article 4** : La projection d'amiante par flocage est interdite. Après confirmation de la présence de flocage ou de calorifugeage, tous les ouvrages ou éléments d'ouvrages qui en contiennent font l'objet d'un confinement ou d'un retrait.

Les activités qui impliquent l'incorporation de matériaux isolants ou insonorisants de faible densité (inférieure à 1g / cm<sup>3</sup>) contenant de l'amiante sont interdites.

**Article 5** : L'exposition des travailleurs à la poussière provenant de l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante sur le lieu de travail doit être réduite à un niveau aussi bas que possible.

Le nombre des travailleurs exposés directement ou susceptibles d'être exposés à la poussière provenant de l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante doit être limité aux seuls travailleurs dont la présence est indispensable pour l'exécution des travaux.

Tous les bâtiments et /ou les installations et équipements servant à la transformation ou au traitement de l'amiante doivent être efficacement et régulièrement nettoyés et entretenus.

**Article 6** : Les rejets d'amiante dans l'atmosphère et dans les effluents liquides doivent être réduits à un niveau aussi bas que possible. Les valeurs limites seront fixées par voie réglementaire.

**Article 7** : Les déchets d'amiante et les emballages vides susceptibles de libérer des fibres d'amiante doivent être rassemblés et transportés hors du lieu de travail régulièrement, dans des emballages appropriés fermés avec apposition d'un étiquetage indiquant qu'ils contiennent de l'amiante.

Ces déchets doivent être ensuite traités et / ou éliminés conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 8** : Les laboratoires devant procéder aux prélèvements et mesures des poussières d'amiante dans les immeubles bâtis doivent être agréés.

La procédure de délivrance de l'agrément des laboratoires est définie par voie réglementaire.

**Article 9** : Tous travaux de réfection ou de transformation sur les immeubles bâtis susceptibles de contenir l'amiante floqué ou calorifugé, doivent être obligatoirement déclarés par le propriétaire et ne pourront se faire sans autorisation écrite du wali.

**Article 10** : Sont interdits, les produits de textiles d'amiante, sauf ceux qui sont conçus pour offrir une protection contre le feu et la chaleur et qui sont fabriqués de manière à garantir que les fibres d'amiante ne seront pas détachés des produits lors d'un usage normal.

**Article 11** : Sont interdits, la fabrication, l'importation et la commercialisation des produits de consommation contenant de l'amiante dont la liste sera fixée par voie réglementaire.

**Article 12** : Des textes réglementaires préciseront, en temps que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

**Article 13** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 3 Moharam 1420 correspondant au 19 avril 1999.

Smaïl HAMDANI

**Arrêté interministériel du Aouel Rabie El Aouel 1420 correspondant au 15 juin 1999 relatif aux règles techniques que doivent respecter les entreprises effectuant des activités de confinement et de retrait de l'amiante.**

Le ministre de la santé et de la population et,  
Le ministre du travail, de la protection sociale et de la formation professionnelle,  
Vu la loi n° 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement ;  
Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;  
Vu la loi n° 83-17 du 16 juillet 1983, modifiée et complétée, portant code des eaux ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;  
Vu la loi n° 90-03 du 6 février 1990 relative à l'inspection du travail ;  
Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail ;  
Vu le décret exécutif n° 90-78 du 27 février 1990 relatif aux études d'impact sur l'environnement ;  
Vu le décret exécutif n° 90-79 du 27 février 1990 portant réglementation des transports des matières dangereuses ;  
Vu le décret exécutif n° 91-05 du 27 avril 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail ;  
Vu le décret exécutif n° 91-175 du 28 mai 1991 définissant les règles générales d'aménagement, d'urbanisme et de construction ;  
Vu le décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail ;  
Vu le décret exécutif n° 93-165 du 10 juillet 1993 réglementant les émissions atmosphériques de fumées, gaz, poussières, odeurs et particules solides ;  
Vu le décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999 relatif à la prévention des risques liés à l'amiante ;  
Vu l'arrêté interministériel du 4 Safar 1417 correspondant au 9 juin 1997 fixant la liste des travaux où les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels ;

**Arrêtent :**

Section 1

**Dispositions applicables aux activités de confinement**

**(par fixation, imprégnation ou encoffrement) et de retrait d'amiante ou de matériaux friables contenant de l'amiante**

**Article 1<sup>er</sup> :** Définition des matériaux friables.

En application de l'article 4 du décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999 susvisé, on entend par matériaux friables, tout matériau susceptible d'émettre des fibres sous l'effet de chocs, de vibrations, de mouvements d'air ou de vieillissement

**Article 2 :** Préparation du chantier.

Toute opération relevant de cette section doit être précédée de:

1) l'évacuation après décontamination hors du lieu ou du local à traiter sous réserve que cette évacuation n'entraîne pas dégradation des lieux susceptibles de libérer des fibres d'amiante de tous les composants d'équipements ou parties d'équipement dont la présence risque de nuire au déroulement du chantier ou qui sont difficilement décontaminables ;  
La mise hors tension de tous les circuits et équipements électriques qui se trouvent dans ou à proximité immédiate de la zone de travail afin de réaliser un traitement à l'humide. Un traitement à sec est admissible dans les seuls cas où, ni la mise hors tension, ni l'isolement des circuits et équipements électriques ne sont possibles

La dépollution, par aspiration avec un équipement doté d'un dispositif de filtration absolue, de toutes les surfaces et équipements du local à traiter ;

Le confinement du chantier par :

la neutralisation des différents dispositifs de ventilation, de climatisation ou tout autre système pouvant être à l'origine d'un échange d'air entre l'intérieur et l'extérieur de la zone à traiter ;

l'obstruction de toutes les ouvertures donnant directement sur la zone à traiter ;

la construction d'une enveloppe étanche au passage de l'air et de l'eau autour des éléments de construction, des structures ou des équipements à traiter, y compris en partie basse sur le sol.

Un tunnel comportant cinq (5) compartiments (sas) permettant la décontamination des intervenants et des équipements doit constituer pour des personnes la seule voie d'accès depuis l'extérieur vers la zone de travail. Lorsque le personnel est équipé de vêtements jetables ou lorsque la mise en place d'un système à cinq (5) compartiments s'avère techniquement impossible, un tunnel à trois (3) compartiments peut être utilisé.

**Article 3 :** Protection collective.

La zone de travail doit être maintenue en dépression par rapport au milieu extérieur par la mise en place d'extracteurs adaptés et équipés de préfiltres et de fibres absolus à très haute efficacité. Un dispositif de mesures vérifiera en permanence le niveau de la dépression.

Un test à l'aide d'un générateur de fumée est effectué avant le début des travaux pour s'assurer de l'étanchéité de la zone. Pendant la durée des travaux, on procède périodiquement, à une pulvérisation de liquides permettant la sédimentation des fibres en suspension dans l'air afin d'abaisser au niveau le plus faible possible la concentration en fibres d'amiante dans l'atmosphère.

**Article 4 :** Équipement de protection individuelle.

Tout intervenant dans la zone de travail doit être équipé en permanence :

1) de vêtements de travail étanches, équipés de capuche fermée au cou, aux chevilles et aux poignets, décontaminables ou, à défaut jetables.

En fin d'utilisation, les vêtements jetables seront traités comme des déchets d'amiante ;

2) d'un appareil de protection respiratoire isolant à adduction d'air comprimé, avec masque complet, cagoule.

Dans le cas où la configuration de la zone de travail rend impraticable ou dangereuse l'utilisation d'appareils isolants, des appareils de protection respiratoire filtrants anti-poussières à ventilation assistée avec masque complet de grande efficacité peuvent être utilisés. Ces appareils doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

Les appareils visés au point 2 doivent être décontaminables.

**Article 5 :** Contrôles effectués en cours de chantier.

La surveillance de l'étanchéité, des rejets (air et eau) et de l'atmosphère de la zone dans laquelle sont effectuées les opérations doit être réalisée suivant un programme pré-établi pour toute la durée du chantier.

Un registre consignait l'ensemble des résultats de cette surveillance doit être tenu. Ce registre comportera, notamment, les résultats des analyses effectuées dans le compartiment où se fait l'enlèvement de la protection respiratoire, le nombre de vérifications effectuées ainsi que le nombre de changements des préfiltres et filtres absolus des protections individuelles et collectives.

**Dispositions applicables aux activités de retrait ou de confinement (par fixation, imprégnation ou encoffrement) de matériaux non friables contenant de l'amiante**

**Article 6 :** Définition des matériaux non friables.

On entend par matériaux non friables contenant de l'amiante, les matériaux contenant de l'amiante non visés à l'article 1<sup>er</sup> du présent arrêté.

**Article 7 :** Préparation du chantier.

Lors d'opérations de retrait ou de confinement de matériaux non friables à base d'amiante, le confinement du chantier est fonction de l'évaluation des risques selon l'empoussièrément attendu qui dépend, notamment des techniques employées. Il peut aller du confinement exigé à l'article 2 ci-dessus, jusqu'à confinement plus limité permettant d'empêcher l'émission de fibres d'amiante à l'extérieur de la zone concernée.

Une aspiration avec filtration absolue est obligatoire.

Lorsque le retrait concerne des éléments dans lesquels l'amiante est fortement lié, notamment lorsqu'il s'agit de retirer des éléments contenant de l'amiante situés en enveloppe extérieure de bâtiment, les mesures ci-dessus précisées ne sont pas applicables; on doit effectuer dans ce cas un démontage des éléments par un procédé de déconstruction évitant au maximum l'émission de fibres.

**Article 8 :** Procédé de travail.

Dans tous les cas, comme le retrait de l'amiante nécessite d'intervenir sur les matériaux contenant de l'amiante, une technique d'abattage des poussières est mise en oeuvre si possible à la source, le matériel utilisé est, lorsqu'il peut en être doté, équipé d'un dispositif d'aspiration à filtration absolue.

**Article 9 :** Equipement de protection individuelle.

En fonction de l'évaluation du risque, tout intervenant doit être équipé :

de vêtements de travail étanches, équipés de capuches fermées aux cous, aux chevilles et aux poignets. En fin d'utilisation, les vêtements jetables seront traités au même titre que les déchets d'amiante ;

d'un appareil de protection respiratoire isolant à adduction d'air comprimé avec masque complet, cagoule ou scaphandre, d'un appareil de protection respiratoire filtrant anti-poussières à ventilation assistée avec masque complet de grande efficacité.

Lors de l'enlèvement sans détérioration d'éléments dans lesquels l'amiante est fortement lié, une protection respiratoire de grande efficacité est admise.

**Article 10 :** Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le Aouel Rabie El Aouel 1420 correspondant au 15 juin 1999.

Le ministre de la santé  
et de la population

**Yahia GUIDOUM**

Le ministre du travail,  
de la protection sociale  
et de la formation professionnelle  
**Hacène LASKRI**

**Arrêté interministériel du Aouel Rabie El Aouel 1420 correspondant au 15 juin 1999 relatif aux règles techniques que doivent respecter les entreprises effectuant des activités de confinement et de retrait de l'amiante (rectificatif).**

JO n° 68 du 16 Jomada Ethania 1420 correspondant au 26 septembre 1999

Page 5 – 1ere et 2eme colonnes

Au niveau des visas : page 5 (1<sup>ère</sup> colonne – 2<sup>ème</sup> ligne).

Au lieu de : Décret exécutif n° 91-05 du 27 avril 1991.

Lire : Décret exécutif n° 91-05 du 1<sup>er</sup> janvier 1991.

Au niveau du texte : page 5 (article 2 – 2<sup>ème</sup> colonne – 28<sup>ème</sup> ligne).

Au lieu de : « ..... impossible..... »

Lire : « ..... impossible..... ».

# Arrêté interministériel du 16 Rabie El Aouel 1420 correspondant au 30 juin 1999 relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis.

Le ministre de la santé et de la population, Le ministre de l'habitat et, Le ministre du travail, de la protection sociale et de la formation professionnelle,  
Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;  
Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène et à la santé et à la médecine du travail;  
Vu la loi n° 90-03 du 6 février 1990 relative à l'inspection du travail;  
Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail;  
Vu le décret exécutif n° 91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail;  
Vu le décret exécutif n° 91-175 du 28 mai 1991 définissant les règles générales d'aménagement, d'urbanisme et de construction;  
Vu le décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail;  
Vu le décret exécutif n° 93-289 du 14 Joumada Ethania 1413 correspondant au 28 novembre 1993 portant obligation pour toutes les entreprises intervenant dans le cadre de la réalisation des marchés publics du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique d'être titulaires du certificat de qualification et de classification professionnelle;  
Vu le décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999 relatif à la prévention des risques liés à l'amiante.  
Vu l'arrêté interministériel du 2 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 2 avril 1995 fixant la convention type relative à la médecine du travail établie entre l'organisme employeur et le secteur sanitaire ou la structure compétente ou le médecin habilité;  
Vu l'arrêté interministériel du 4 Safar 1417 correspondant au 9 juin 1997 fixant la liste des travaux où les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels;

## Arrêtent :

**Article 1<sup>er</sup>** : En application de l'article 4 du décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999 susvisé, sont concernés, tous les immeubles bâtis qu'ils appartiennent à des personnes privées ou à des personnes publiques.

**Article 2** : Les propriétaires des immeubles mentionnés à l'article 1 ci-dessus doivent rechercher la présence de flocages et de calorifugeage contenant de l'amiante dans ces immeubles.

Si ces recherches n'ont pas révélé la présence d'amiante, les propriétaires font appel à un organisme de contrôle agréé, au sens du décret n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999, susvisé, ou à un technicien de la construction, spécialisé pour ce type de mission, afin qu'il procède à une recherche de la présence de flocage ou de calorifugeage.

**Article 3** : En cas de présence de flocages ou de calorifugeages et si un doute persiste sur la présence d'amiante, les propriétaires font faire un ou des prélèvements représentatifs par un technicien de la construction répondant aux prescriptions du précédent alinéa. Ce ou ces prélèvements feront l'objet d'une analyse qualitative par un organisme compétent, afin de vérifier la présence d'amiante dans le matériau.

**Article 4** : En cas de présence de flocages ou de calorifugeages contenant de l'amiante, les propriétaires doivent vérifier leur état de conservation.

A cet effet, ils font appel à un technicien de la construction, spécialisé pour ce type de mission afin qu'il vérifie l'état de conservation de ces matériaux en remplissant la grille d'évaluation (jointe en annexe du présent arrêté). Cette grille d'évaluation tient compte, notamment de l'accessibilité du matériau, de son degré de dégradation, de son exposition à des chocs et vibrations ainsi que de l'existence de mouvements d'air dans le local.

**Article 5** : En fonction du résultat du diagnostic obtenu à partir de la grille d'évaluation mentionnée à l'article précédent, les propriétaires procèdent : — soit à un contrôle périodique de l'état de conservation de ces matériaux dans les conditions prévues à l'article 4 ci-dessus; ce contrôle est effectué dans un délai maximal de trois (3) ans à compter de la date de remise au propriétaire des résultats du contrôle ou à l'occasion de toute modification substantielle de l'ouvrage ou de son usage;

soit à une surveillance du niveau d'empoussièrement dans l'atmosphère par un organisme agréé; soit à des travaux appropriés engagés dans un délai de douze (12) mois.

**Article 6** : Les propriétaires tiennent les résultats des contrôles effectués et la description des mesures prises en application du présent arrêté à la disposition des occupants de l'immeuble bâti concerné, des services spécialisés, des inspecteurs du travail et des services de prévention des organismes de sécurité sociale.

Ils communiquent ces informations à toute personne physique ou morale appelée à effectuer des travaux dans l'immeuble bâti.

**Article 7** : Lorsque les obligations de réparation du propriétaire ont été transférées à une personne physique ou morale en application de la réglementation, les obligations édictées par les articles 2 à 7 du présent arrêté sont à la charge de cette personne.

**Article 8** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 16 Rabie El Aouel 1420 correspondant au 30 juin 1999.

Le ministre de la santé  
et de la population  
**Yahia GUIDOUM**

Le ministre du travail, de la  
protection sociale et de la  
formation professionnelle  
**Hacène LASKRI**

Le ministre de l'habitat  
**Abdelkader BOUNEKRAF**



**Arrêté interministériel du 5 Chaabane 1424 correspondant au 1er octobre 2003 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés l'inhalation des poussières d'amiante.**

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Le ministre de l'industrie,

Le ministre du travail et de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;

Vu la loi n° 90-03 du 6 février 1990, modifiée et complétée, relative à l'inspection du travail ;

Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail ;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail ;

Vu le décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail ;

Vu le décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999 relatif à la prévention des risques liés à l'amiante ;

Vu le décret exécutif n° 02-427 du 3 Chaoual 1423 correspondant au 7 décembre 2002 relatif aux conditions d'organisation de

l'instruction, de l'information et de la formation des travailleurs dans le domaine de la prévention des risques professionnels ;

Vu l'arrêté interministériel du 2 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 2 avril 1995 fixant la convention-type relative à la médecine du travail établie entre l'organisme employeur et le secteur sanitaire ou la structure compétente ou le médecin habilité ;

Vu l'arrêté interministériel du 17 Dhou El Hidja 1416 correspondant au 5 mai 1996 fixant la liste des maladies présumées d'origine professionnelle ainsi que ses annexes 1 et 2;

Vu l'arrêté interministériel du 4 Safar 1418 correspondant au 9 juin 1997 fixant la liste des travaux où les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels ;

Vu l'arrêté interministériel du Aouel Rabie El Aouel 1420 correspondant au 15 juin 1999 relatif aux règles techniques que doivent respecter les entreprises effectuant des activités de confinement et de retrait de l'amiante ;

Arrêtent :

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 12 du décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer les mesures de protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation de poussières d'amiante que doivent respecter les organismes employeurs.

#### CHAPITRE I CHAMP D'APPLICATION

**Article 2** : Les travaux susceptibles d'exposer les travailleurs à l'inhalation de poussières d'amiante sont :

- 1 - Les travaux de fabrication et de transformation de produits ou de matériaux contenant de l'amiante ;
- 2 - Les travaux de démolition, de retrait ou de confinement par fixation, imprégnation ou de confinement de l'amiante ou de matériaux en contenant, et qui portent sur des bâtiments, des structures, des appareils ou des installations ;
- 3 - Les travaux d'entretien et de maintenance ainsi que les interventions sur des matériaux ou appareils susceptibles de libérer des fibres d'amiante.

#### CHAPITRE II DISPOSITIONS GENERALES

**Article 3** : Tout employeur, dont les travaux figurent dans l'article 2 ci-dessus, est tenu de les déclarer à l'inspection du travail et à l'organisme de sécurité sociale territorialement compétents ainsi qu'au médecin du travail inspecteur de la direction de la santé et de la population de sa wilaya.

**Article 4** : L'employeur concerné doit procéder à une évaluation des risques afin de déterminer notamment, la nature des fibres en présence, la durée et le niveau de l'exposition des travailleurs à l'inhalation de poussières provenant de l'amiante ou de matériaux contenant de l'amiante.

Les résultats de cette évaluation sont transmis au médecin du travail et aux membres de la commission paritaire d'hygiène et de sécurité ou au préposé permanent à l'hygiène et à la sécurité et seront mis à la disposition de l'inspection du travail et de l'organisme de sécurité sociale.

**Article 5** : En vue de garantir le respect des valeurs limites d'exposition, le contrôle technique, par prélèvement, du taux de fibres d'amiante dans l'air est effectué par un laboratoire agréé conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 6** : L'employeur est tenu d'établir pour chaque poste ou situation de travail exposant les travailleurs à l'inhalation de poussières d'amiante une notice destinée à les informer des risques auxquels ce travail peut les exposer, des dispositions prises pour les éviter et des mesures et des moyens à mettre en œuvre pour se protéger.

Cette notice est transmise pour avis au médecin du travail.

**Article 7** : L'employeur organise à l'intention des travailleurs nouvellement recrutés susceptibles d'être exposés, en liaison avec la commission paritaire d'hygiène et de sécurité ou le préposé permanent à l'hygiène et à la sécurité, d'une part une formation dans le domaine de l'hygiène, de la sécurité et de la prévention et notamment à l'emploi des équipements et des vêtements de protection adaptés, d'autre part, une information concernant les risques potentiels sur la santé, y compris les facteurs aggravants dus notamment à la consommation du tabac.

**Article 8** : Les travailleurs doivent être informés par l'employeur des incidents ou accidents susceptibles d'entraîner une exposition anormale à l'inhalation de poussières d'amiante.

Jusqu'au rétablissement de la situation normale et tant que les causes de l'exposition anormale ne sont pas éliminées, seuls les travailleurs dont la présence est indispensable pour l'exécution des réparations et autres travaux nécessaires sont autorisés, à la condition qu'ils utilisent les moyens de protection individuelle nécessaires à travailler dans la zone affectée par l'incident ou l'accident. Cette zone doit être signalée comme telle.

L'employeur doit prendre toutes mesures pour que les travailleurs non protégés ne puissent pas pénétrer dans la zone affectée.

Les travailleurs et les membres de la commission paritaire d'hygiène et de sécurité ou le préposé permanent à l'hygiène et à la sécurité ainsi que le médecin du travail sont informés le plus rapidement possible des expositions anormales, de leurs causes et des mesures prises pour y remédier.

**Article 9** : L'employeur doit veiller à ce que les travailleurs ne mangent pas, ne boivent pas et ne fument pas dans les zones de travail concernées.

**Article 10** : L'employeur est tenu de mettre des douches à la disposition des travailleurs qui effectuent des travaux poussiéreux exposant à l'amiante.

**Article 11** : Les produits contenant de l'amiante, qu'ils soient présentés sous emballage ou non emballés, doivent être munis d'un étiquetage ou d'un marquage faisant apparaître la lettre "A", accompagnée de la mention "Attention, contient de l'amiante".

**Article 12** : Les déchets d'amiante et les emballages vides susceptibles de libérer des fibres d'amiante doivent être étiquetés et conditionnés de manière à ne pas provoquer d'émission de poussières pendant leur manutention, leur transport et leur stockage avant d'être traités conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 13** : Les travailleurs sous contrat à durée déterminée ainsi que les moins de dix huit ans ne peuvent être affectés aux travaux exposant à l'inhalation de poussières d'amiante.

### CHAPITRE III MESURES DE PROTECTION COLLECTIVE

**Article 14** : Lorsque la nature des travaux nécessite la mise en place de moyens de protection collective, les installations et les appareils de protection doivent être périodiquement vérifiés et maintenus en parfait état de fonctionnement. Les résultats des vérifications sont tenus à la disposition du médecin du travail et des membres de la commission paritaire d'hygiène et de sécurité ou du préposé permanent à l'hygiène et à la sécurité ainsi que de l'inspection du travail et de l'organisme de sécurité sociale.

En outre, une notice établie par l'employeur, après avis de la commission paritaire d'hygiène et de sécurité ou du préposé permanent à l'hygiène et à la sécurité fixe les procédures à mettre en œuvre pour assurer la surveillance et la maintenance des installations de protection collective.

**Article 15** : Lorsque la nature des travaux ne permet pas une mise en œuvre efficace des moyens de protection collective ou que malgré cette mise en œuvre la valeur limite d'exposition risque d'être dépassée, l'employeur est tenu de mettre à la disposition des travailleurs les équipements de protection individuelle appropriés et de veiller à ce qu'ils soient effectivement utilisés.

Il doit tenir compte de la pénibilité de chaque tâche pour déterminer, après avis de la commission paritaire d'hygiène et de sécurité ou du préposé permanent à l'hygiène et à la sécurité, la durée maximale du temps de travail avec port ininterrompu d'un équipement de protection individuelle.

L'entretien et la vérification de ces équipements sont à la charge de l'employeur.

### CHAPITRE IV MESURES DE SURVEILLANCE MEDICALE

**Article 16** : L'employeur établit et tient à jour une liste des travailleurs employés avec indication de la nature de leurs travaux ainsi que des niveaux de l'exposition à l'inhalation de poussières d'amiante à laquelle ils ont été soumis et de la durée de cette exposition. Cette liste est transmise au médecin du travail.

Tout travailleur a accès aux informations qui le concernent personnellement.

**Article 17** : Un travailleur ne peut être affecté que si la fiche de visite médicale individuelle d'aptitude est établie par le médecin du travail qui réalisera, à cette occasion, un bilan médical initial destiné à servir de référence pour le suivi ultérieur du travailleur.

Cette fiche d'aptitude est renouvelée au moins une fois tous les six (6) mois.

Le bilan initial doit comporter une radiographie pulmonaire standard de face et une exploration fonctionnelle respiratoire, qui sera renouvelée chaque année.

Toutefois, le médecin du travail pourra prescrire tout autre examen complémentaire jugé nécessaire.

**Article 18** : Pour chaque travailleur exposé à l'inhalation de poussières d'amiante, le dossier médical individuel reprend les informations mentionnées à l'article 4 ci-dessus en précisant notamment les expositions accidentelles et les résultats des examens médicaux auxquels l'intéressé a été soumis au titre de cette surveillance.

**Article 19** : Les dossiers médicaux des travailleurs qui ont été exposés à l'inhalation de poussières d'amiante sont conservés pendant trente (30) ans après la date de mise en retraite.

Si le travailleur change d'établissement, les données objectives du dossier médical relatives aux risques liés à l'amiante sont transmises au médecin du travail du nouvel organisme employeur à la demande du travailleur ou avec son accord.

Si l'organisme employeur cesse son activité, le dossier médical est adressé au médecin du travail inspecteur territorialement compétent qui le transmet, à la demande du travailleur, au médecin du travail du nouvel organisme employeur où l'intéressé est employé.

**Article 20** : Une attestation d'exposition, remplie par l'employeur, est remise au travailleur à son départ de l'organisme employeur.

**Article 21** : L'employeur doit assurer une surveillance médicale postérieure à l'exposition à l'amiante aux démissionnaires et retraités tous les 2 ans.

Cette surveillance comportera un examen clinique et un examen radiologique du thorax ; éventuellement complétés par une exploration fonctionnelle.

### CHAPITRE V MESURES DE PROTECTION SPECIFIQUES AUX DIFFERENTS TRAVAUX Section 1

#### Travaux de fabrication et de transformation de produits ou de matériaux contenant de l'amiante

**Article 22** : Dans les organismes employeurs où s'exercent des activités relevant de la présente section, l'exposition des travailleurs à l'inhalation de poussières d'amiante doit être réduite à un niveau aussi bas qu'il est techniquement possible, le procédé retenu devant être celui qui, dans ses conditions d'emploi, n'est pas dangereux ou est le moins dangereux pour la santé et la sécurité des travailleurs.

En tout état de cause la valeur moyenne d'exposition (VME) aux fibres d'amiante dans l'air inhalé par un travailleur ne doit pas dépasser 0,3 fibre par centimètre cube sur huit heures de travail.

Toutefois, cette valeur moyenne d'exposition aux fibres d'amiante dans l'air inhalé par un travailleur ne doit pas dépasser 0,1 fibre par centimètre cube sur huit heures de travail après un délai maximal de 12 mois à compter de la date de la publication du présent arrêté. Ne sont prises en compte que les fibres de plus de 5 microns de longueur, de moins de 3 microns de largeur et dont le rapport longueur sur largeur excède 3.

**Article 23** : En vue de garantir le respect des valeurs limites fixées à l'article 22 ci-dessus, l'employeur doit effectuer des contrôles techniques, par prélèvement, au moins une fois par trimestre.

Tout dépassement de ces valeurs doit entraîner sans délai un nouveau contrôle ; si le dépassement est confirmé, l'activité doit être arrêtée aux postes de travail concernés jusqu'à la mise en œuvre des mesures propres à remédier à la situation.

Toute modification des installations ou des conditions de fabrication susceptible d'avoir un effet sur les émissions de fibres d'amiante doit être suivie d'un nouveau contrôle dans un délai de huit jours.

**Article 24** : En outre, au moins une fois par an des contrôles techniques destinés à vérifier le respect des valeurs limites fixées à l'article 22 ci-dessus doivent être effectués par un laboratoire agréé.

**Article 25** : Les prélèvements sont faits de façon ambulatoire sur des postes de travail et dans des circonstances où l'empoussièrement est significatif de l'exposition habituelle à l'inhalation des poussières d'amiante. Les modalités de prélèvement ainsi que les méthodes et moyens à mettre en œuvre pour mesurer la concentration en fibres d'amiante dans l'air inhalé par les travailleurs sont définies par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du travail.

**Article 26** : Les résultats des contrôles techniques sont communiqués au médecin du travail et à la commission paritaire d'hygiène et de sécurité ou au préposé permanent à l'hygiène et à la sécurité ; ils sont tenus à la disposition de l'inspecteur du travail, du médecin du travail inspecteur ainsi que de l'organisme de sécurité sociale.

## Section 2

### Travaux de démolition, de retrait ou de confinement de l'amiante

**Article 27 :** Pour l'exercice de ces travaux, en fonction des résultats de l'évaluation prévue à l'article 4 ci-dessus, l'employeur établit un plan de démolition, de retrait ou de confinement précisant :

- la nature et la durée probable des travaux,
- le lieu où les travaux sont effectués,
- les méthodes mises en œuvre lorsque les travaux impliquent la manipulation d'amiante ou de matériaux en contenant,
- les caractéristiques des équipements qui doivent être utilisés pour la protection et la décontamination des travailleurs ainsi que celles des moyens de protection des autres personnes qui se trouvent sur le lieu des travaux ou à proximité,
- la fréquence et les modalités des contrôles effectués sur le chantier.

Dans le cas d'une démolition et sauf impossibilité technique, ce plan doit prévoir le retrait préalable de l'amiante et des matériaux en contenant.

Le plan est soumis à l'avis de la commission paritaire d'hygiène et de sécurité ou du préposé permanent à l'hygiène et à la sécurité. Il est transmis un mois avant le lancement des travaux à l'inspection du travail, à l'organisme de sécurité sociale et à l'organisme national de prévention du bâtiment et travaux publics.

**Article 28 :** L'employeur détermine, après avis de la commission paritaire d'hygiène et de sécurité ou du préposé permanent à l'hygiène et à la sécurité, les mesures nécessaires pour réduire le plus possible la durée d'exposition des travailleurs et pour assurer leur protection durant les travaux afin que la valeur limite d'exposition (VLB) aux fibres d'amiante dans l'air inhalé par un travailleur ne dépasse pas 0,1 fibre par centimètre cube sur une heure de travail.

**Article 29 :** Toutes mesures appropriées doivent être prises par l'employeur pour que les zones où se déroulent les travaux comportant un risque d'exposition soient signalées et ne puissent être accessibles à des personnes autres que celles qui, en raison de leur travail ou de leur fonction, sont amenées à y pénétrer.

**Article 30 :** Les organismes employeurs effectuant les travaux de la présente section doivent être agréés conformément à la réglementation en vigueur.

## Section 3

### Travaux et interventions sur des matériaux ou appareils susceptibles de libérer des fibres d'amiante

**Article 31 :** Pour ces travaux et interventions, l'employeur est tenu, dans le cadre de l'évaluation des risques prévus à l'article 4 du présent arrêté :

de s'informer de la présence éventuelle d'amiante dans les bâtiments concernés avant tout travail d'entretien ou de maintenance, d'évaluer, par tout autre moyen approprié au type d'intervention, le risque éventuel de présence d'amiante sur les équipements ou installations concernés.

**Article 32 :** Lors de travaux ou interventions portant sur des appareils ou matériaux dans lesquels la présence d'amiante est connue ou probable, l'employeur doit mettre à la disposition des travailleurs susceptibles d'être soumis à des expositions brèves mais intenses un vêtement de protection et un équipement individuel de protection respiratoire anti-poussière approprié.

**Article 33 :** Aussi longtemps que le risque d'exposition subsiste, l'employeur doit veiller à ce que les appareils de protection individuelle soient effectivement portés afin que la valeur limite d'exposition (VLB) aux fibres d'amiante dans l'air inhalé par un travailleur ne dépasse pas 0,1 fibre par centimètre cube sur une heure de travail.

Il doit également veiller à ce que la zone d'intervention soit signalée et ne soit ni occupée ni traversée par des personnes autres que celles qui sont chargées de l'intervention.

Il fait assurer ensuite le nettoyage de ladite zone.

**Article 34 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 Chaâbane 1424 correspondant au 1<sup>er</sup> octobre 2003.

Le ministre de la santé,  
de la population et de la  
réforme hospitalière

Le ministre de l'industrie

**Abdelhamid ABERKANE**

**Lachemi DJAABOUBE**

Le ministre du travail et de la sécurité sociale  
**Tayeb LOUH**



**Décret exécutif n° 09-321 du 19 Chaoual 1430 correspondant au 8 octobre 2009 modifiant  
le décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999 relatif à  
la prévention des risques liés à l'amiante.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport conjoint, du ministre du commerce, du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et du ministre de l'aménagement du territoire, de l'environnement et du tourisme,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-3° et 125 (alinéa 2) ;  
Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;  
Vu la loi n° 01-19 du 27 Ramadhan 1422 correspondant au 12 décembre 2001 relative à la gestion, au contrôle et à l'élimination des déchets ;  
Vu la loi n° 03-10 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable ;  
Vu la loi n° 09-03 du 29 Safar 1430 correspondant au 25 février 2009 relative à la protection du consommateur et à la répression des fraudes ;  
Vu le décret présidentiel n° 09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;  
Vu le décret présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 96-209 du 18 Moharram 1417 correspondant au 5 juin 1996 fixant la composition, l'organisation et le fonctionnement du conseil national d'hygiène, de sécurité et de médecine de travail ;  
Vu le décret exécutif n° 97-254 du 3 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 8 juillet 1997 relatif aux autorisations préalables à la fabrication et à l'importation des produits toxiques ou présentant un risque particulier ;  
Vu le décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999 relatif à la prévention des risques liés à l'amiante ;  
Vu le décret exécutif n° 2000-253 du 23 Joumada El Oula 1421 correspondant au 23 août 2000 portant création, organisation et fonctionnement de l'institut national de la prévention des risques professionnels ;  
Vu le décret exécutif n° 05-467 du 8 Dhou El Kaada 1426 correspondant au 10 décembre 2005 fixant les conditions et les modalités de contrôle aux frontières de la conformité des produits importés ; Vu le décret exécutif n° 06-198 du 4 Joumada El Oula 1427 correspondant au 31 mai 2006 définissant la réglementation applicable aux établissements classés pour la protection de l'environnement ;  
Après approbation du Président de la République ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de modifier les dispositions du décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999 relatif à la prévention des risques liés à l'amiante.

**Article 2 :** Les dispositions de l'article 3 du décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999, susvisé, sont modifiées comme suit :

Article 3 : La fabrication, l'importation et la commercialisation de tout type de fibre d'amiante et des produits qui en contiennent est interdite.

**Article 3 :** Les dispositions des articles 10 et 11 du décret exécutif n° 99-95 du 3 Moharram 1420 correspondant au 19 avril 1999, susvisé, sont abrogées.

Article 4 : Le présent décret sera publié au Journal Officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 19 Chaoual 1430 correspondant au 8 octobre 2009.

**Ahmed OUYAHIA.**

LE MINISTRE

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N°18 DU 27 OCTOBRE 2002 RELATIVE A LA PROTECTION DE LA  
SANTE DES PERSONNELS DE SANTE.**

**DESTINATAIRES :**

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la santé et de la Population  
En communication à Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires.  
Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires.  
Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

Les personnels de santé toutes catégories confondus, et particulièrement les personnels soignants, au contact des malades, surtout dans les unités et services d'urgences, de soins intensifs et de prise en charge de pathologies lourdes sont confrontés souvent à des situations extrêmes dans leur lutte constante contre la souffrance et la maladie chez les patients dont ils ont la charge. Ils peuvent ainsi être soumis à des contraintes physiques de travail importantes mais aussi à des contraintes mentales croissantes dans les services à activité intensive, du fait de problèmes représentés par des contraintes organisationnelles et relationnelles ou bien relatif à leur vécu de leur travail ou peuvent se mêler insatisfaction, manque de participation à la prise de décision et même sentiment d'insécurité et de danger au travail.

Toutes ces contraintes peuvent entraîner une souffrance psychique chez les personnels soignants lorsque les conditions de travail sont défavorables et mener au stress au travail dont la manifestation extrême est le syndrome d'épuisement professionnel ou « Burn Out ». C'est sous le vocable générique de risques psychosociaux que sont désignées toutes ces contraintes dont il est important de prendre conscience de la possibilité d'impact sur la détérioration de l'état de santé des personnels de santé.

La prévention de ces risques s'impose au même titre que celle des risques physiques, chimiques et biologiques auxquels peuvent être exposés les personnels selon leur poste de travail.

Aussi et à l'effet de mieux évaluer l'ensemble des risques y compris les risques psychosociaux dans les différents établissements sanitaires, de prévenir leurs effets et de prendre en charge, précocement les travailleurs de la santé en situation de stress, il y a lieu de mettre en œuvre dans les meilleurs délais et dans tous les établissements une démarche préventive basée sur l'analyse des activités et conditions de travail, et sur la surveillance médico-environnementale en milieu de soins.

Dans ce cadre les solutions à apporter aux problèmes identifiés pourront alors être envisagées tant au plan individuel qu'au plan collectif et organisationnel.

Une telle démarche préventive doit être initiée et parrainée par les organes de direction et consultatifs des établissements en liaison avec les représentants des travailleurs pour réunir les conditions nécessaires à sa réussite et s'appuyer sur les services de médecine du travail des établissements d'une part et les Commissions d'hygiène et de sécurité qui ont fait l'objet de l'instruction n°10 du 6 mai 2002 portant sur leur mise en place.

Cette démarche doit s'inscrire dans le cadre des efforts déployés pour améliorer la qualité des soins et devra faire l'objet d'une évaluation régulière.

Ainsi, les services de médecine du travail doivent orienter leurs activités davantage vers l'évaluation des risques et leur prévention en :

- 1- Procédant régulièrement et de façon soutenue à l'analyse des postes, des activités et conditions de travail dans tous les services et unités de soins et accordant une attention particulière à la charge mentale de travail en prenant en considération l'ensemble des paramètres, à savoir l'organisation du temps de travail, les contraintes de rythme de travail, l'autonomie et les marges d'initiative, le collectif de travail et les contacts avec les malades et le public.
- 2- Evaluant les effets psychopathologiques.
- 3- Formulant les avis d'aptitude appropriés tenant compte aussi bien des contraintes physiques que psychiques des postes de travail, en fonction des aptitudes des agents de la santé concernés, et ce avant tout nouveau recrutement ou nouvelle affectation et lors des visites médicales périodiques ou de reprise prévues par la réglementation relative à la médecine du travail.
- 4- Proposant les aménagements de postes nécessaires à la prévention de la santé physique et mentale des personnels, en tenant compte de la nécessité d'assurer la disponibilité et la continuité des soins.
- 5- Proposant les mutations de postes nécessaires lorsque l'aménagement des postes de travail n'est pas compatible avec le fonctionnement normal du service.
- 6- Proposant à la Direction et aux Chefs de service concernés les modifications et améliorations à apporter au fonctionnement des services et unités de soins lorsque des dysfonctionnements importants sont notés et sont susceptibles de détériorer l'état de santé des personnels.

Les Commissions d'hygiène et de sécurité devront fonctionner régulièrement et prendre en charge les avis et recommandations des médecins du travail, en liaison avec les chefs de service concernés, en vue d'une amélioration constante des conditions de travail des personnels hospitaliers.

Elles doivent représenter le cadre privilégié dans lequel les doléances des personnels relatives à leurs conditions de travail et les propositions des services de médecine du travail doivent trouver une solution en terme de prévention collective aussi bien des risques physiques, biologiques, chimiques que ceux liés à des contraintes organisationnelles et relationnelles.

Aussi et au sein de chaque établissement de santé un plan d'activité pour la protection de la santé des travailleurs doit être arrêté avec des échéances et des indicateurs concernant les différentes actions menées pour l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé.

Le plan d'activité doit engager aussi bien les gestionnaires que les représentants des travailleurs.

La réalisation des plans d'activité et leurs niveaux de mise en œuvre occupera une place importante dans l'évaluation des établissements de santé.

J'insiste particulièrement sur la mise en œuvre de ce dispositif et son fonctionnement optimal qui requiert une attention particulière de la part des conseils d'administration, des directions et des conseils scientifiques et médicaux des établissements de santé.

Un rapport sur sa mise en œuvre devra être établi à l'échéance du mois de Décembre 2002

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**Abdelhamid ABERKANE**

**Circulaire interministérielle n°21 du 17 avril 1985, relative à la protection sanitaire des élèves  
des établissements de la formation professionnelle**

Les élèves des établissements de formation professionnelle sont soumis à des risques multiples liés en grande partie à l'activité pratique de cette formation. A ce titre ils doivent bénéficier d'un contrôle et d'un suivi médical dans le cadre d'un programme de protection de la santé de ce groupe de population.

Ce programme devra prendre en compte non seulement l'élève stagiaire mais également le personnel enseignant, technique et de service. La formation de ce programme annuel se fera sur la base des informations suivantes :

- Nombre d'élèves en formation dans chaque établissement ;
- Effectif des personnels enseignants et de service ;
- Nombre des internes et des rationnaires ;
- Nature des risques professionnels liés à l'activité de formation.

Sur la base de ce programme, le secteur sanitaire dégagera les moyens humains nécessaires aux activités de protection sanitaire de cette population..

Ces activités doivent se dérouler aux seins des établissements de formation professionnelle dans des structures fixes dont l'équipement le fonctionnement et la gestion sont assurés par le Ministère du Travail et de la Formation Professionnelle.

Les consultations spécialisées et les explorations se feront au sein des structures du secteur sanitaire et dont la programmation se fera de concert entre les responsables des établissements et

les Directeurs des secteurs sanitaires.

Les activités de protection sanitaires des élèves comportent :

- Surveillance médicale ;
- Activité d'hygiène et de prévention ;
- Evaluation des activités.

**1. Surveillance médicale :**

**1.1. Surveillance médicale des élèves :**

1.1.1. Visite médicale d'admission des élèves :

Elle est obligatoire, elle permet le dépistage des états pathologiques, des inaptitudes et concerne tous les nouveaux élèves.

1.1.2. Visite médicale systématique :

Elle est obligatoire pour tous les élèves au moins une fois par an : la périodicité de cette visite peut être semestrielle ou trimestrielle selon les risques auxquels sont exposés les élèves et concerne tous les élèves.

1.1.3. Visite spontanée :

Elle a lieu à la demande de l'élève.

1.1.4. Visite de reprise :

Après une absence d'au moins de 21 jours pour maladie ou autre, cette visite a pour but de déterminer les rapports qui peuvent exister entre les conditions de travail et la maladie, et de pouvoir apprécier ainsi l'aptitude à reprendre son ancien poste.

1.1.5. Hygiène bucco-dentaire :

Dépistage et soins des caries dentaires.

1.1.6. Activités physiques et sportives :

Pour l'exercice des activités physiques et sportives dans les établissements de la formation professionnelle, il appartient aux médecins de déterminer l'aptitude des élèves aux activités physiques et sportives et de dépister les contre-indications.

**1.2. Surveillance médicale des personnels enseignants, administratifs, techniques et de service :**

1.2.1. Visite médicale d'embauche :

Tout enseignant, agent administratif, agents techniques ou de service fait obligatoirement l'objet d'un examen médical.

Avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai, cette visite a pour objet de déterminer s'il n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les élèves et ses collègues de travail, s'il est apte médicalement au poste de travail proposé.

1.2.2. Visite systématique :

Elle est obligatoire pour tous les personnels au moins une fois par an : la périodicité de cette visite peut être semestrielle ou même trimestrielle selon les risques auxquels ont exposés les personnels.

1.2.3. Visite de reprise :

Concerne les personnels qui reprennent leur travail après un accident du travail, une maladie professionnelle, une maternité : en cas d'absence d'au moins 21 jours pour maladie ou accident non professionnelle ou après des absences répétées, elle a pour but de vérifier que la cause de l'absence n'a pas modifié l'aptitude au poste de travail.

1.2.4. Visite spontanée :

Elle a lieu à la demande des personnels.

**2. Activités d'hygiène et de prévention :**

- Protection des élèves contre l'ensemble des nuisances et notamment contre les risques d'accidents ou d'utilisation de matériel ou produits dangereux ;
- Surveillance de l'hygiène générale de l'établissement et de ses dépendances ;
- Surveillance de l'hygiène des services de restauration ;
- Education sanitaire des élèves et des professionnels.

### 3. Evaluation des activités :

#### 3.1. Evaluation :

Les activités doivent faire l'objet d'une évaluation régulière sur la base des supports d'information suivants :

- Registre d'activité de l'équipe médicale ;
- Dossier médical ;
- Dossier mensuel de la structure sanitaire de l'établissement ;
- Rapport trimestriel du secteur sanitaire ;
- Rapport trimestriel de la Direction de la Santé de Wilaya.

#### 3.2. Circuit de l'information :

Le médecin de la structure sanitaire de l'établissement doit faire parvenir un rapport d'activité au secteur sanitaire (service de médecine du travail).

Le secteur sanitaire exploite les informations de base trois rapports mensuels et confectionne un rapport trimestriel qu'il adresse :

" A la Direction de la Santé de la Wilaya ;

- A la Direction de la Formation Professionnelle et du Travail.

La Direction de la Santé de la Wilaya centralise et exploite les rapports trimestriels des secteurs sanitaires afin d'établir un rapport trimestriel reflétant l'activité par secteur sanitaire dans l'ensemble de la Wilaya. Une copie du rapport transmis au Ministère de la Santé Publique doit être adressée au Ministère de la Formation Professionnelle et du Travail.

**Le Ministre de la Santé Publique**

**Le Ministre de la Formation Professionnelle et du Travail**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE  
MINISTERE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU TRAVAIL**

**Circulaire n°007 du 21 juin 1986, relative à la prise en charge des activités  
de protection des stagiaires et apprentis des établissements de formation  
professionnelle, par les services de médecine du travail des secteurs sanitaires**

Destinataires :

- MM. les walis « Pour information »
- Les Directeurs de Santé de Wilaya ..... « Pour exécution »
- Les Directeurs des Secteurs Sanitaires .....

Référence :

- Circulaire interministérielle n°21 du 17 avril 1985, relative à la protection sanitaire des élèves dans les établissements de formation professionnelle.
- Note n°716 MSP/DPES/SDMTHME du 28 septembre 1985.

P.J.:

- Circulaire interministérielle n°21 du 17 avril 1985.
- Modèle de rapport trimestriel d'activité.

Les activités de protection des élèves de formation professionnelle n'ayant pu être développées convenablement dans la plupart des wilayates faute de moyens humains à affecter exclusivement à ces activités, j'ai l'honneur de vous demander de faire prendre en charge les activités d'hygiène et de prévention au niveau des centres de formation professionnelle de wilaya par les services de médecine du travail.

J'attire votre attention sur le fait que, de la même manière que les travailleurs sont exposés aux risques professionnels, les stagiaires et apprentis sont exposés à des risques liés à leur activité pratique, risques d'autant plus graves qu'il s'agit d'une population jeune et inexpérimentée. Ils constituent donc un groupe vulnérable qui doit faire l'objet d'une attention particulière. En conséquence, les services de médecine du travail doivent accorder une priorité ; dans le cadre de la programmation de leurs activités, aux stagiaires et apprentis de la formation professionnelle.

Par ailleurs, les établissements de la formation professionnelle doivent dégager et équiper les structures et matériel nécessaires au bon déroulement des activités au sein même de ces établissements conformément à la circulaire ci-jointe.

Aussi faut-il prendre attache avec la Direction du Travail et de la Formation Professionnelle de la Wilaya pour recenser les moyens à mettre en place et organiser les activités de protection sanitaire dans ces établissements, la programmation devant être établie conjointement par les directeurs d'établissements et les services de médecine du travail territorialement compétents.

D'autre part, ces activités doivent faire l'objet d'une évaluation périodique selon le modèle de rapport ci-joint. Les rapports trimestriels d'activités doivent être établis et transmis conformément à la circulaire n°21 du 17 avril 1985.

Dans le cas particulier où le secteur sanitaire territorialement compétent ne disposerait pas de service de médecine du travail, il y a lieu de confier les activités de protection sanitaire des stagiaires et apprentis au personnel chargé de l'hygiène scolaire.

Vous voudrez bien me faire part de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de ces dispositions essentielles, mise en œuvre à laquelle j'attache une importance particulière.

**Le directeur de la Prévention et de l'Education Sanitaire**

## Instruction ministérielle n°002 du 25 janvier 2004 relative à la Protection sanitaire des élèves et des personnels des écoles de formation paramédicale

**Destinataires :**

- Mesdames et Messieurs les Directeurs des Ecoles de Formation Paramédicales, « Pour exécution »,
- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population, « Pour information et suivi ».

**Références :**

- Loi n°88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail,
- Décret exécutif n°93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail,
- Arrêté du 25 avril 2000 relatif à la vaccination contre l'hépatite virale B,
- Arrêté du 28 octobre 2000 fixant le calendrier de vaccination obligatoire contre certaines maladies transmissibles,
- Arrêté interministériel du 16 octobre 2001 fixant le contenu, les modalités d'établissement et de tenue des documents obligatoirement établis par le médecin du travail,
- Arrêté interministériel du 16 octobre 2001 fixant le rapport type du médecin du travail,
- Instruction n°10 du 6 mai 2002 relative aux commissions d'hygiène et de sécurité,
- Instruction n°11 du 13 juin 2002 relative à l'évaluation des activités de médecine du travail.

**La présente instruction a pour objet de fixer les mesures de protection sanitaire des élèves et des personnels des écoles de formation paramédicale que doivent assurer les chefs d'établissements.**

De la même manière que les personnels de santé sont exposés aux risques professionnels, les élèves des écoles paramédicales sont exposés à des risques liés à leur activité pratique, risques d'autant plus graves qu'il s'agit d'une population jeune et inexpérimentée. Ils constituent donc un groupe vulnérable qui doit faire l'objet d'une attention particulière.

**En conséquence, les services de médecine du travail des structures sanitaires publiques les plus proches doivent assurer la couverture sanitaire des élèves des écoles de formation paramédicale dans le cadre d'un programme d'activités préétabli qui doit être mis en place en collaboration avec les chefs d'établissements pour assurer d'une part la continuité de la surveillance médicale, assurée auparavant par la santé scolaire, et d'autre part la protection contre les risques d'accidents ou de maladies liées à l'activité de formation.**

Le service de médecine du travail devra être destinataire, au début de chaque année du listing des élèves par année et par filière ainsi que de celui du personnel enseignant, administratif, technique et de service.

Sur la base de ces informations, le service de médecine du travail dégagera les moyens humains nécessaires.

Cependant, un infirmier doit être affecté à temps plein au niveau des écoles ayant une capacité d'accueil supérieure à 200 élèves.

Au-dessous d'une capacité d'accueil de 200 élèves, un infirmier est affecté à la demande du conseil de direction ou du médecin du travail qui prend en charge l'école.

Les activités doivent se dérouler aux seins des établissements de formation paramédicale dans une structure fixe, appelée « consultation médicale » à proximité des installations sanitaires, dont l'équipement, le fonctionnement et la gestion, nécessaires au bon déroulement des activités, sont assurés par les chefs d'établissements.

Toutefois, en attendant la création de la consultation médicale au sein des établissements n'en possédant pas, les élèves et le personnel seront examinés au niveau du service de médecine du travail.

**Surveillance médicale des élèves**

- Visite médicale d'admission des élèves : Elle est obligatoire, elle permet de placer l'élève dans une formation convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques, de dépister les affections comportant une contre-indication à la profession envisagée et concerne tous les nouveaux élèves.
- Visite médicale périodique : Elle est obligatoire une fois par an, elle permet de s'assurer du maintien de l'aptitude médicale à la formation et concerne tous les élèves.
- Visite médicale spontanée : Elle a lieu à la demande de l'élève ou de son enseignant.
- Visite de reprise : Elle a lieu après une absence d'au moins 21 jours ou en cas d'absences répétées pour maladie ou accident, elle a pour but d'apprécier l'aptitude médicale à poursuivre la formation.

Le médecin est informé de ces absences par le chef d'établissement.

- Prise en charge des traitements ambulatoires, des soins d'urgence et de l'organisation des premiers secours.

**• Vaccination :**

Suivi du programme élargi de vaccination conformément à l'arrêté du 28 octobre 2000.

L'ensemble des élèves des écoles paramédicales doit être correctement vacciné contre l'hépatite virale B et ce conformément aux dispositions de l'arrêté du 24 avril 2000.

Les tests tuberculiques systématiques à la recherche de l'état des réactions tuberculiques (par intradermo-réactions) même en l'absence de cicatrice vaccinale ne sont plus justifiés.

La vaccination de l'adulte contre la tuberculose par le BCG n'est plus recommandée.

### Supports de l'information

Afin de permettre une évaluation fiable et exhaustive en fin d'année, le médecin du travail doit obligatoirement consigner l'ensemble des actes quotidiens sur les supports standardisés suivants, devant faciliter le recueil des données.

- Le dossier médical individuel,

Au moment de la visite médicale d'admission, le médecin du travail constitue un dossier médical individuel. Ce dossier est complété après chaque examen médical ultérieur.

Le dossier médical se présente sous la forme d'un dépliant, comportant trois volets de format commercial courant. Il permet l'encartage des autres pièces qui peuvent y être jointes. Les renseignements personnels de l'élève sont portés sur le premier volet.

Le dossier médical est complété de deux modèles de feuilles, l'un réservé pour la visite médicale d'admission et les visites périodiques et l'autre réservé pour les autres visites médicales.

Le dossier médical est classé dans un fichier fermant à clef. Le médecin du travail est tenu, comme ses auxiliaires, au secret professionnel. Le médecin du travail a la responsabilité de ce fichier.

- La carte de santé de l'élève,

Au moment de l'admission, le médecin du travail remet à l'élève une carte médicale dans laquelle il reporte la date de la visite ainsi que de la vaccination effectuée. Cette carte doit être présentée par l'élève à chaque nouvelle visite préventive ou vaccination pour une mise à jour.

- Le registre d'activité quotidienne,
- Le registre des vaccinations,
- Le registre des accidents et des maladies chroniques.

Ces documents doivent être établis conformément aux modèles types figurants à l'annexe jointe à la présente instruction.

### Surveillance médicale des travailleurs

La couverture sanitaire du personnel enseignant, administratif, technique et de service doit se faire conformément à la législation et la réglementation en vigueur concernant la médecine du travail ; en même temps et même lieu que les élèves.

### Surveillance des lieux de formation

Les locaux affectés à la formation ainsi que toutes les dépendances doivent répondre aux conditions d'hygiène et de sécurité nécessaires à la santé des élèves et des personnels.

Le médecin du travail effectuera une visite des lieux de formation au moins une fois par semestre et après chaque accident ou maladie grave pouvant résulter des conditions de formation afin de conseiller le chef d'établissement sur les exigences requises pour maintenir un environnement sûr et salubre.

Le médecin du travail participe aux réunions de la commission d'hygiène et de sécurité.

Les élèves doivent être protégés contre l'ensemble des nuisances et notamment contre les risques d'accidents ou d'utilisation de matériel ou produit dangereux.

### Education sanitaire

Le personnel médical et paramédical organise des séances de sensibilisation et d'information dans le domaine de l'hygiène, de la sécurité et de la prévention.

### Evaluation des activités

Le chef d'établissement est informé du suivi médical de ses élèves par le biais du rapport annuel ci-joint en annexe.

Le chef d'établissement est informé du suivi médical de ses salariés par le biais du rapport annuel conformément à l'arrêté interministériel du 16 octobre 2001 fixant le rapport type du médecin du travail.

Le service de médecine du travail doit transmettre une copie du rapport annuel de la couverture sanitaire des élèves, destiné au chef d'établissement, au médecin du travail inspecteur de la direction de la santé et de la population au plus tard à la fin du 1<sup>er</sup> mois qui suit l'année pour laquelle il a été établi.

L'évaluation de la couverture sanitaire des personnels s'effectuera conformément à l'instruction n°11 du 13 juin 2002.

Le médecin du travail inspecteur de la direction de la santé et de la population assurera la collecte de l'ensemble des informations au sein de sa wilaya et les transmettra au ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière / direction des actions sanitaires spécifiques / sous-direction de la santé au travail.

**Le Ministre de la Santé, de la Population  
et de la Réforme Hospitalière  
Mourad REDJIMI**

**RAPPORT CONCERNANT LA COUVERTURE SANITAIRE DES ELEVES DES ECOLES DE FORMATION PARAMEDICALE  
ANNEE.....**

**1. ECOLE PARAMEDICALE**

- Identification :
- Adresse :
- Téléphone :

**2. MEDECIN DU TRAVAIL**

- Nom et prénom :
- Titres et diplômes :
- Modalités d'exercice/Volume horaire mensuel :

\* Lorsque plusieurs médecins du travail prennent en charge la même école, ils doivent élaborer la synthèse de leurs activités dans le même rapport, il y a lieu alors de compléter la liste des médecins.

Observation :

**3. AUXILIAIRES MEDICAUX**

- Nombre d'infirmiers :
- Autres :

Observation :

**4. A STRUCTURE MEDICALE**

**4.1. IDENTIFICATION**

Adresse :

Téléphone :

**4.2. DESCRIPTION DES LOCAUX :**

**4.3. EQUIPEMENTS :**

**5. EFFECTIFS DES ELEVES**

Effectif attribué au 1er septembre :

Effectif réel pris en charge :

- 1<sup>ère</sup> année :
- 2<sup>ème</sup> année :
- 3<sup>ème</sup> année :

**Observation :**

**6. EXAMENS MEDICAUX**

Visites médicales	Nombre	%
Embauchages		
Périodiques		
Reprise		
Spontanée		
	Total	Total

**Observation :**

**7. EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

Nature de l'examen	Nombre d'examens prescrits	Nombre d'examens réalisés
Radiologique		
Biologique		
Autre		
	Total	Total

Observation :

**8. CONCLUSIONS DES EXAMENS**



• Nombre de pathologies dépistées :

Citer les plus fréquentes

Nombre d'orientation

Spécialité	Nombre travailleurs orientés	Nombre travailleurs pris en charge	Spécialité	Nombre travailleurs orientés	Nombre travailleurs pris en charge
Cardiologie			Gynécologie		
Dermatologie			Hématologie		
Endocrinologie			Neurologie		
Ophtalmologie			Orthopédie		
O.R.L.			Psychiatrie		
Néphro-Urologie			Rhumatologie		
Pneumologie			Stomatologie		
Gastrologie			Autres		
				Total	Total

Nombre de maladies chroniques

Nature de la maladie	Nombre	Observation
----------------------	--------	-------------

Déclarations des accidents Nature	Nombre	Observation
--------------------------------------	--------	-------------

Total

Maladie à déclaration obligatoire Maladie	Nombre	Observation
----------------------------------------------	--------	-------------

Total

#### 9. VISITES DES LIEUX DE FORMATION

- Nombre de visites :

- Nombre de visites ayant fait l'objet de propositions :

- Locaux pédagogiques .....

- Cantines .....

- Protection collective.....

- Protection individuelle.....

- Sanitaires .....

- Autres .....

- Nature des principaux risques ayant entraîné votre intervention

Observation :

58

Bilan des Activités de Médecine du Travail

**10. ACTIVITES D'INFIRMERIE**

Activité	Nombre
Soins généraux	
Soins pour accidentés	
Autres	
Total	

Observation :

**11. VACCINATIONS**

Vaccination contre	Population cible	Nombre d'élèves correctement vaccinés	Nombre d'élèves en cours de vaccination	Doses utilisées	Besoins
Poliomyélite					
Diphtérie Tétanos					
Hépatite B					
Autre					

Observation :

**12. EDUCATION SANITAIRE**

Thèmes :

Nombre de participants :

Observation :

**13. PRISE EN CHARGE DES URGENCES**

13.1. ORGANISATION

13.2. MOYENS

13.3. MANOEUVRES DE SIMULATION

14. OBSERVATIONS GENERALES OU REFERENCEES

**DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN DU TRAVAIL**

**Décret exécutif n° 02-427 du 3 Chaoual 1423 correspondant au 7 décembre 2002 relatif aux conditions d'organisation de l'instruction de l'information et de la formation des travailleurs dans le domaine de la prévention des risques professionnels**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre du travail et de la sécurité sociale.

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) :

Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;

Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990 modifiée et complétée, relative aux relations de travail ;

Vu le décret présidentiel n°02-205 du 22 Rabie El Aouel 1423 correspondant au 4 juin 2002 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail ;

Vu le décret exécutif n°93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

**Décrète :**

**Chapitre I  
DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 1 :** En application des dispositions de l'article 22 de la loi n°88-07 du 26 janvier 1988, susvisée, le présent décret a pour objet de fixer les conditions d'organisation de l'instruction de l'information et de la formation des travailleurs dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

**Article 2 :** L'instruction, l'information et la formation à la prévention des risques professionnels ont pour objectif de prévenir les travailleurs sur les risques professionnels auxquels ils peuvent être exposés les mesures de prévention et les précautions à prendre pour assurer leur propre sécurité ainsi que celle des autres personnes exerçant sur le même lieu de travail et dans leur environnement immédiat. Elles visent également à prévenir l'éventualité des accidents en milieu de travail.

**Article 3 :** L'employeur est tenu d'organiser au profit des travailleurs des actions d'instruction d'information et de formation notamment sur :

les risques liés aux différentes opérations entrant dans le cadre de leur travail, ainsi que les mesures à prendre et les moyens à mettre en œuvre pour se protéger ;

les dispositions à prendre en cas d'accident ou de sinistre ;

les actions prévues ci-dessus constituent des éléments obligatoires du programme annuel de l'entreprise en matière de prévention des risques professionnels.

**Article 4 :** La commission paritaire d'hygiène et de sécurité participe de plein droit à la préparation des actions menées au titre du présent décret et veille à leur mise en œuvre effective.

**Article 5 :** Le médecin du travail ainsi que le chargé du service ou le préposé à l'hygiène et à la sécurité sont associés à l'élaboration de ces actions.

**Article 6 :** Le comité de participation, ou à défaut, les délégués du personnel, sont obligatoirement consultés sur les conditions d'organisation des actions d'instruction, d'information et de formation des travailleurs notamment les programmes et les modalités de leur exécution.

**Chapitre 2  
L'INSTRUCTION ET L'INFORMATION DES TRAVAILLEURS**

**Article 7 :** L'instruction et l'information des travailleurs visent à expliquer aux travailleurs et à les sensibiliser sur les risques professionnels et mesures de prévention à prendre pour les éviter ;

Les actions d'instruction et d'information s'effectuent sur les lieux de travail à travers la distribution de tout document rédigé ou illustré et l'organisation de conférences et de campagnes de sécurité ainsi que par voie d'affiches et avis à l'intention des travailleurs. Les actions comportent également des séances d'éducation sanitaire.

**Article 8 :** Des instructions sont données sur les moyens et mesures à mettre en œuvre en cas d'incident technique ou d'accident du travail.

**Article 9 :** En fonction des risques à prévenir, des séances d'explication des mesures de sécurité prescrites sont organisées en milieu de travail.

**Chapitre 3  
LA FORMATION DES TRAVAILLEURS**

**Article 10 :** La formation à la sécurité a pour objet de doter les travailleurs des connaissances nécessaires en matière de prévention des risques professionnels et les dispositions à prendre en cas d'accident de travail ou de sinistre.

Elle a également pour objet de préparer les travailleurs sur la conduite à tenir lorsqu'une personne est victime d'un accident de travail ou d'une intoxication sur le lieu de travail.

**Article 11 :** La formation est dispensée par des organismes de prévention et des établissements de formation ou d'études compétents en la matière.

Elle peut être également par des centres de formations relevant des entreprises qui en disposent selon des modalités qui seront fixées par arrêté conjoint du ministre chargé du travail et du ou des ministres concernés.

**Article 12 :** L'agrément des établissements et centres prévus à l'article 11 ci-dessus et l'homologation des programmes dispensés en matière de formation des travailleurs relèvent de la compétence du ministre chargé du travail.

**Article 13 :** La formation comprend une partie théorique et une autre partie pratique. Elle intègre un enseignement en organisation du travail, en l'hygiène, en sécurité et en médecine du travail.

Elle tient compte du niveau d'instruction, de la qualification et de l'expérience professionnelle des travailleurs à qui elle est destinée.

**Article 14 :** La formation est dispensée sur le lieu de travail ; la partie théorique est assurée dans un local réunissant les conditions nécessaires à la conduite d'une activité pédagogique.

**Article 15 :** Lorsque la nécessité d'étudier un risque spécifique impose la réunion de conditions particulières, les cours se déroulent au sein d'une structure de formation disposant de locaux et de moyens appropriés et en adéquation avec la nature de la formation.

**Article 16 :** La formation est sanctionnée par une attestation de stage délivrée par l'organisme ou la structure chargés de la formation.

**Article 17 :** La formation s'effectue pendant l'horaire normal de travail ; le temps consacré à la formation est considéré comme temps de travail.

**Article 18 :** Lorsque la formation est destinée aux travailleurs, les membres de la commission paritaire d'hygiène et de sécurité disposant d'une qualification adéquate en la matière, sanctionnée par un diplôme, peuvent être associés à son organisation.

**Article 19 :** Des formations appropriées sont dispensées :  
aux travailleurs nouvellement recrutés, quelle que soit la durée de leur relation de travail ;  
aux travailleurs de retour d'une convalescence consécutive à une interruption imposée par un accident du travail ou une maladie professionnelle  
aux travailleurs dont l'activité a nécessité des modifications dues à l'introduction de nouvelles technologies ou impliquant l'utilisation de nouvelles machines ;  
aux travailleurs ayant changé de poste de travail ;  
aux travailleurs assurant des missions de secourisme.

Ces formations peuvent être également dispensées en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel graves.

**Article 20 :** En fonction de la nature des risques à étudier, la durée de la formation ne peut être inférieure à une semaine ni supérieur à trois (3) semaines.

#### **Chapitre 4 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À LA FORMATION DES MEMBRES DES COMMISSIONS D'HYGIÈNE ET SÉCURITÉ**

**Article 21 :** Les membres de la commission paritaire d'hygiène et de sécurité bénéficient d'une formation appropriée pendant l'exercice de leur mandat

**Article 22 :** La durée de la formation prévue à l'article 21 ci-dessus est fixée au maximum à cinq (5) jours.

En cas de renouvellement de mandat, la formation est également renouvelée ; elle consiste en une actualisation des connaissances et un perfectionnement . Elle doit avoir un caractère plus spécialisé, tenant compte de l'expérience acquise au cours du mandat écoulé.

La formation dispensée dans ce cas constitue un complément à celle organisée en application de l'article 21 ci-dessus : sa durée ne peut être inférieure à cinq (5) jours.

#### **Chapitre 5 DISPOSITIONS FINALES**

**Article 23 :** Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent décret.

**Article 24 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 3 Chaoual 1423 correspondant au 7 décembre 2002

**ALI BENFLIS**

## Décret exécutif n° 96-98 du 17 Choual 1416 correspondant au 6 mars 1996 déterminant la liste et le contenu des livres et registres spéciaux obligatoires pour les employeurs

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre du travail, de la protection sociale et de la formation professionnelle ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 81-4 et 116 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 81-07 du 27 juin 1981, modifiée et complétée, relative à l'apprentissage ;

Vu la loi n° 81-10 du 11 juillet relative aux conditions d'emploi des travailleurs étrangers ;

Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;

Vu la loi n° 90-03 du 6 février 1990 relative à l'inspection du travail ;

Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail, notamment son article 156 ;

Vu le décret présidentiel n° 95-450 du 9 Chaâbane 1416 correspondant au 31 décembre 1995 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail ;

Vu le décret exécutif n° 93- 120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail ;

### Décrète:

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 156 de la loi n° 90-11 du 21 avril susvisée, le présent décret a pour objet de déterminer la liste et le contenu des livres et registres spéciaux obligatoires pour les employeurs,

**Article 2** : Nonobstant les dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment celles relatives au registre des observations et mises en demeure de l'inspection du travail, prévu par l'article 8, (alinéa 3) de la loi n° 90-03 du 6 février 1990 susvisée, les livres et registre spéciaux obligatoires pour les employeurs sont :

le livre de paie,

le registre des congés payés,

le registre des personnels,

le registre des travailleurs étrangers,

le registre des vérifications techniques des installations et équipements industriels,

le registre d'hygiène et sécurité et de médecine du travail,

le registre des accidents du travail,

**Article 3** : Le livre de paie comprend les éléments suivants :

nom et prénoms du travailleur,

période de travail,

poste de travail occupé,

salaire de base

primes et indemnités – majorations pour heures supplémentaires – retenues légalement dues notamment celles inhérentes à la sécurité sociale et à l'impôt.

**Article 4** : Le registre des congés annuels comprend les éléments suivants :

nom et prénoms du travailleur,

poste de travail occupé,

date de recrutement,

durée du congé

date de départ,

date de reprise,

montant de l'indemnité de congé,

émargement du travailleur.

**Article 5** : Le registre des personnels comprend les éléments suivants :

nom et prénoms du travailleur,

sexe,

date et lieu de naissance,

adresse,

poste de travail occupé,

date de recrutement,

date de cessation de la relation de travail,

causes de cessation de la relation de travail,

numéro d'immatriculation à la sécurité sociale,

nature de la relation de travail.

**Article 6** : Le registre des personnels est tenu constamment à jour et précise les mouvements du personnel, la nature de la relation de travail et l'identification des différentes catégories de travailleurs occupés.

Cette identification concerne les travailleurs, les apprentis, les travailleurs mineurs, les travailleurs à domicile, les travailleurs à temps partiel et les travailleurs handicapés.

**Article 7** : La rubrique « nature de la relation de travail » prévue à l'article 5 ci-dessus, devra être complétée pour :

les jeunes en formation par apprentissage par la mention « apprenti » et les dates de début et de fin d'apprentissage,

les travailleurs sous contrat à durée déterminée, par la mention « contrat à durée déterminée »

les travailleur à temps partiel, par la mention « travailleur à temps partiel ».

les travailleur à domicile, par la mention « travailleur handicapé ».

**Article 8 :** Nonobstant le respect des obligations prévues aux articles 5 , 6 et 9 du présent décret , l'employeur doit tenir à la disposition de l'inspection du travail et concomitamment au registre des personnels et au registre des travailleurs étrangers :

les copies des titres valant autorisation de travail et de séjour des travailleurs étrangers en activité en cours de validité , notamment le permis ou l'autorisation de travail,

les copies des contrats et déclarations d'apprentissage des apprentis, établis conformément à la législation et à la réglementation en vigueur,

les documents justificatifs concernant les travailleurs handicapés occupant des postes de travail réservés aux handicapés.

**Article 9 :** Le registre des travailleurs étrangers comprend les éléments suivants :

nom et prénoms,

date et lieu de naissance,

nationalité,

date d'entrée en Algérie,

adresse,

date de recrutement,

date de rupture de la relation de travail,

causes,

poste de travail occupé,

référence du permis ou de l'autorisation de travail,

durée de validité du permis ou de l'autorisation de travail.

**Article 10 :** Le registre d'hygiène et sécurité et de médecine du travail comprend, notamment :

les observations et avis des membres de la commission d'hygiène et de sécurité, des préposés à l'hygiène et à la sécurité , du médecin du travail ou de tout travailleur, relatifs aux manquements graves pour la santé et la sécurité des travailleurs que ces derniers auraient observés en matière de respect des règles inhérentes aux normes d'hygiène et de sécurité en milieu de travail ainsi que les

recommandations formulées en ce qui concerne l'amélioration des conditions de travail,

les démarches engagées par les représentants des travailleurs auprès de l'employeur en ce qui concerne l'application des dispositions légales et réglementaires en matière d'hygiène , de sécurité et de médecine du travail,

les comptes – rendus des accidents du travail graves ou mortels survenus sur les lieux de travail et les cas de maladies professionnelles ainsi que les mesures préconisées en la matière.

**Article 11 :** Le registre des vérifications techniques des installations et équipements industriels comprend notamment, les observations et recommandations des organismes habilités à se prononcer, dans le cadre de leurs missions de contrôle technique, sur les conditions d'application des normes prévues par la législation et la réglementation en vigueur en la matière ainsi que les dates de vérification.

**Article 12 :** Le registre des accidents du travail comprend les éléments suivants :

nom et prénoms du travailleur victime de l'accident,

qualification,

date, heure et lieu de l'accident,

lésions provoquées,

causes et circonstances de l'accident,

durée d'incapacité de travail éventuelle.

**Article 13 :** Les livres et registres spéciaux prévus à l'article 2 ci-dessus, sont tenus constamment à jour, sous la responsabilité de l'employeur, sans ratures, surcharges ou apostilles. Ils sont présentés ou communiqués à l'inspecteur du travail territorialement compétent et à toute autre autorité habilitée à en demander communication.

L'employeur est tenu de prendre toutes les dispositions à l'effet de permettre, même en son absence la communication et la consultation de ces livres et registres à l'occasion des différents contrôles effectués par l'inspecteur du travail.

Il doit en outre répondre à toute réquisition de celui-ci, muni de tout document dont il lui est demandé la présentation en vue d'en vérifier la conformité, de le copier ou d'en établir les extraits.

**Article 14 :** Le livre de paie est coté et paraphé par le greffe du tribunal territorialement compétent.

**Article 15 :** Les registres prévus à l'article 2 du présent décret, sont présentés à l'inspection du travail territorialement compétente pour être cotés et paraphés, à l'exception du livre de paie,

**Article 16 :** Les livres et registres soumis aux formalités prévues à l'article 15 ci-dessus sont répertoriés auprès de l'inspection du travail territorialement compétente sur un registre, ouvert spécialement à cet effet,

**Article 17 :** La durée de conservation des livres et registres prévus à l'article 2 du présent décret est fixée à dix années (10) à partir de la date de leur clôture.

**Article 18 :** Les livres et registres prévus par le présent décret sont tenus à la disposition de l'inspecteur du travail dans tous lieux de travail ou sont employés des travailleurs et apprentis,

Le ministre chargé du travail précisera, le cas échéant, les modalités de mise en œuvre du présent article.

**Article 19 :** Nonobstant les dispositions de l'article 3 du présent décret, les entreprises recourant dans leur mode de gestion aux supports informatiques doivent compléter le livre de paie par lesdits supports, ce dernier ne reprenant dans ce cas pour ces entreprises et pour chaque élément de la rémunération, y compris les retenues légales, que son montant global.

Les supports prévus à l'alinéa ci-dessus doivent comprendre l'ensemble des éléments de la rémunération tels que cités à l'article 3 du présent décret.

**Article 20 :** Les supports prévus à l'article 19 ci-dessus, sont soumis aux obligations prévues aux articles 13, 17 et 18 du présent décret et ne doivent en aucune manière compromettre l'efficacité de leur contrôle.

**Article 21 :** Les employeurs concernés par les dispositions du présent décret, sont tenus dans un délai n'excédant pas six (6) mois à compter de sa publication au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, de mettre en place l'ensemble des livres et registres spéciaux obligatoires prévus à l'article 2 ci-dessus.

**Article 22 :** Les manquements aux dispositions du présent décret sont sanctionnés conformément à la législation en vigueur.

**Article 23 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 chaoual 1416 correspondant au 6 mars 1996.

**Ahmed OUYAHIA.**

**INSTRUCTION N° 10 /MSP/MIN DU 6 MAI 2002 RELATIVE**  
**AUX COMMISSIONS D'HYGIENE ET DE SECURITE**

DESTINATAIRES : \*Pour application\*  
Monsieur le Directeur de l'Administration Générale  
Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population  
Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires  
Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires  
Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés  
Monsieur le Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique  
Monsieur le Directeur Général du Laboratoire National du Contrôle des Produits Pharmaceutiques  
Monsieur le Directeur Général de L'Institut Pasteur d'Alger  
Monsieur le Directeur de l'Agence Nationale du Sang  
Monsieur le Directeur du Centre National de la Pharmacovigilance et de la Matérovigilance  
Madame le Directeur du Centre National de Toxicologie  
Monsieur le Directeur de l'Agence National de Documentation de la Santé  
Messieurs les Directeurs des Instituts de Technologie de la Santé Publique  
Monsieur le Directeur de l'Ecole Nationale de Santé Publique  
Messieurs les Directeurs des Ecoles de Formation Paramédicale  
Monsieur le Directeur de l'Institut National Pédagogique de la Formation Paramédicale

**OBJET : Mise en Place des Commissions d'Hygiène et de sécurité**

En application de l'article 23 de la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène à la sécurité et à la médecine du travail, une commission paritaire d'hygiène et de sécurité doit être créée auprès de l'administration centrale, de chaque institution publique et de chaque établissement ou organisme public.

Organe paritaire, la commission d'hygiène et de sécurité constitue le cadre adéquat où doivent se concrétiser les mesures de prévention des risques professionnels sur les lieux de travail.

La commission paritaire d'hygiène et de sécurité (C.H.S) est composée :

Du chef d'établissement ou de son représentant, président, ainsi que des représentants de la direction (2 à 7 membres).  
Des représentants des travailleurs des différentes catégories professionnelles désignés par les structures syndicales (2 à 7 membres).  
Du ou des médecins du travail assurant la surveillance médicale du personnel de l'établissement en tant que conseiller (s).

La composition nominative des membres de la commission est fixée par décision du responsable de la structure.

Un règlement intérieur codifiant les règles de fonctionnement de la commission est établi au cours de la première réunion intervenant après l'installation de la commission effectuée par le chef d'établissement.

Le secrétariat de la commission est assuré par le service d'hygiène et de sécurité quand il existe ou l'agent permanent chargé de l'hygiène et de la sécurité désigné par le chef d'établissement.

Les membres de la C.H.S. sont choisis en raison de leurs qualifications ou de leurs expériences en matière d'hygiène et de sécurité et peuvent faire appel lors de leurs travaux ou inspections des lieux de travail à toute personne compétente dans le domaine.

Les membres de la C.H.S. sont tenus au secret professionnel en ce qui concerne les informations présentant un caractère confidentiel.

La C.H.S. a pour missions :

De participer à l'élaboration d'un programme de prévention des risques professionnels.

De procéder à l'inspection des lieux de travail en vue de s'assurer de l'application des prescriptions législatives et réglementaires en vigueur en matière d'hygiène et de sécurité.

De contribuer à toute enquête menée à l'occasion de chaque accident de travail ou maladie professionnelle.

De suggérer les améliorations jugées souhaitables.

De contribuer à l'information et à la formation des travailleurs en matière de santé et de sécurité en milieu de travail.

La C.H.S. se réunit une fois par trimestre ainsi que sur convocation de son président à la suite de tout accident de travail grave ou d'incendie technique majeur.

Le temps consacré aux travaux est rémunéré comme temps normal de travail.

Les procès verbaux des réunions des C.H.S. et les rapports établis sont consignés sur le registre d'hygiène, de sécurité et de médecine du travail prévu à cet effet, conformément au décret exécutif n° 96-98 du 16 mars 1996 déterminant la liste, le contenu des livres et les registres spéciaux obligatoires pour les employeurs et sont tenus à la disposition de tout corps d'inspection légalement habilité.

Dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé des travailleurs, les commissions paritaires d'hygiène et de sécurité constituent le cadre de concertation Employeurs – Travailleurs pour la mise en place d'une politique de prévention des accidents de travail et des maladies professionnels ainsi que d'amélioration des conditions de travail.

En attendant la publication du décret d'application de la loi 88-07 du 26 janvier 1988, ci-dessus citée, il y a lieu de procéder à la mise en place de ces commissions dans les meilleurs délais.

Le Ministre de la Santé et de la Population  
**Abdelhamid ABERKANE**



## Arrêté interministériel du 28 Ramadhan 1416 correspondant au 17 février 1996 relatif aux conditions d'aptitude et à la surveillance médicale particulière des scaphandriers plongeurs.

Le ministre de la santé et de la population,

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, en son article 68;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé;

Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail;

Vu la loi n° 90-03 du 6 février 1990, modifiée et complétée, relative à l'inspection du travail;

Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail, notamment ses articles 5 à 17;

Vu le décret législatif n° 94-13 du 17 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 28 mai 1994 fixant les règles générales relatives à la pêche;

Vu le décret présidentiel n° 96-01 du 14 Chaâbane 1416 correspondant au 5 janvier 1996 portant nomination des membres du Gouvernement;

Vu le décret exécutif n° 91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux règles générales de protection applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail;

Vu le décret exécutif n° 93-120 du 15 mai 1993 relatif à l'organisation de la médecine du travail, notamment son article 16;

Vu le décret exécutif n° 95-323 du 26 Joumada El Oula 1416 correspondant au 21 octobre 1995 réglementant l'exploitation des ressources corallifères, notamment son article 18;

Vu l'arrêté interministériel du 2 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 2 avril 1995 fixant la convention-type relative à la médecine du travail établie entre l'organisme employeur et le secteur sanitaire ou la structure compétente ou le médecin habilité;

### Arrêtent :

**Article 1<sup>er</sup> :** En application des dispositions de l'article 18 du décret exécutif n° 95-323 du 26 Joumada El Oula 1416 correspondant au 21 octobre 1995 susvisé, le présent arrêté a pour objet de définir les conditions d'aptitude et les modalités de surveillance médicale particulière des plongeurs.

**Article 2 :** Les plongeurs doivent satisfaire à la condition d'âge, avoir 18 ans au moins et 40 ans au plus.

La qualification du plongeur doit être précisée et correspondre à l'un des degrés suivants :

**1<sup>er</sup> degré :** il concerne les plongeurs qualifiés pour l'exécution de travaux à des pressions n'excédant pas 4 bars relatifs,

**2<sup>e</sup> degré :** il concerne les plongeurs qualifiés pour l'exécution de travaux à des pressions n'excédant pas 6 bars relatifs,

**3<sup>e</sup> degré :** il concerne les plongeurs qualifiés pour l'exécution de travaux à des pressions supérieures à 6 bars relatifs.

**Article 3 :** Aucun travailleur ne doit être admis en qualité de plongeur s'il ne subit un examen médical d'embauchage spécial et sans une attestation médicale spécifiant qu'il ne présente aucune inaptitude à ce genre de travail.

**Article 4 :** L'examen médical d'embauchage spécial doit comprendre :

— **Pour les plongeurs du 1<sup>er</sup> degré :**

— un examen clinique complet avec analyse d'urines (glucose, protéines, sang);

— un examen radiologique cardio-pulmonaire, des radiographies des épaules, des hanches et des genoux;

— un examen oto-rhino-laryngologique (O.R.L) avec tympanométrie, épreuve labyrinthique et audiogramme tonal et vocal,

— un examen cardio-vasculaire avec électro-cardiogramme (E.C.G), épreuve d'effort (test de Ruffier - Diskson - Pachon - Martinet) et test de Flack;

— un examen fonctionnel respiratoire de capacité vitale et du volume expiratoire maximum par seconde (CV, V.E.M.S);

— un bilan sanguin : numération formule sanguine, glycémie, uricémie.

— **Pour les plongeurs du deuxième et troisième degrés :**

Cet ensemble d'examens doit être complété par un électro-encéphalogramme (E.E.G) avec stimulation lumineuse intermittente et hyperpnée, réflexe oculocardiaque et test de susceptibilité à l'oxygène

(Inhalation d'O pur respiré au masque pendant 30 minutes à une pression relative de 1,8 bar).

— **Pour les plongeurs du troisième degré :**

Cet ensemble sera complété par une épreuve de plongée fictive à 8 bars relatifs avec tests psychométriques.

**Article 5 :** Pour tous les degrés de plongeurs, l'attestation d'aptitude délivrée par le médecin doit être renouvelée tous les ans.

Cet examen périodique doit comprendre les examens prévus à l'article 4 ci-dessus, à l'exception de :

— l'électro-encéphalogramme (E.E.G),

— radiographies,

— l'épreuve de plongée fictive.

Ces derniers examens ne doivent pas être systématiques et sont laissés à l'appréciation du médecin.

**Article 6 :** Les examens d'embauchage et périodiques doivent permettre de s'assurer :

— du bon état de santé et de robustesse générale et d'un comportement normal avec absence d'hyperémotivité et de spasmophilie,

— de l'intégrité anatomique et fonctionnelle de l'appareil locomoteur,

— de l'absence de toute affection pleuro-pulmonaire évolutive ou entraînant une insuffisance respiratoire permanente ou passagère, l'asthme étant une contre indication, de même que toute bronchopatie obstructive, collagénose fibrosante, bronches à clapet, ou antécédents d'exérèse pulmonaire partielle,

— de l'absence de toute affection cardio-vasculaire pouvant avoir une conséquence hémodynamique, tels que troubles du rythme et de la conduction, valvulopathie, angine de poitrine mal équilibrée,

— de l'absence de laryngocèle, entospongiose, otite ou sinusite chronique, antécédents de chirurgie de l'oreille moyenne, cophose unilatérale, déficit auditif supérieur à 25 décibels ou syndrome labyrinthique.

— de l'intégrité clinique et fonctionnelle du système nerveux, les antécédents comitiaux et l'éthylisme étant des contre-indications;

— de l'absence d'atteinte de l'organe de perception ou de la fonction d'équilibration;

— d'une vision correcte avec absence de myopie importante ou glaucome ou décollement de rétine;

— de l'absence de diabète sévère notamment insuline dépendant;

— d'un état dentaire permettant la prise correcte d'un embout buccal, sans prothèse dentaire mobile;

— de l'absence d'hernies.

**Article 7 :** En dehors des examens périodiques, l'organisme employeur est tenu de faire examiner tout plongeur victime d'un accident ou se déclarant indisposé pour le travail auquel il est affecté.

**Article 8 :** Les plongeurs doivent être munis d'un vêtement de protection et d'équipement respiratoire approprié en fonction de la situation d'hyper-bare concernée.

**Article 9 :** Les frais occasionnés par les consultations médicales et les examens complémentaires sont à la charge du concessionnaire conformément à l'article 18 du décret exécutif n° 95-323 du 26 Joumada El Oula 1416 correspondant au 21 octobre 1995 susvisé.

**Article 10 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 Ramadhan 1416 correspondant au 17 février 1996.

Le ministre de l'agriculture et de la pêche

Noureddine BAHBOUH

Le ministre de la santé et de la population

Yahia GUIDOUM.



DIRECTION DE LA PREVENTION  
SOUS-DIRECTION DE LA PROTECTION  
SANITAIRE EN MILIEUX SPECIFIQUES

N° \_\_\_362\_\_\_/MSP/DP/SDPSMSL

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population –TOUS –

**OBJET : Habilitation des médecins généralistes à exercer la médecine du travail**

J'ai l'honneur de vous rappeler que les médecins généralistes exerçant la médecine du travail actuellement sont habilités à le faire seulement à titre transitoire conformément à l'article 16 de la loi 88-07 relative à l'hygiène à la sécurité et à la médecine du travail et à l'article 8 du décret exécutif 93-120 relatif à l'organisation de la médecine du travail.

En conséquence et compte tenu de la formation d'un effectif conséquent de médecins du travail spécialistes dans le cadre D.E.M.S, disponibles sur le marché de l'emploi, je vous demande d'instruire les Secteurs Sanitaires, les Centres médico-sociaux et centres de médecine du travail des entreprises, mutuelles et de la C.N.A.S pour ne plus recruter de médecins généralistes pour la médecine du travail dès réception de la présente note.

A titre exceptionnel et pour les secteurs sanitaires, C.M.T ou C.M.S qui n'auraient aucune candidature de recrutement de médecin du travail spécialiste, une habilitation transitoire pourra être délivrée par le Ministère de la Santé et de la Population sur demande motivée du médecin généraliste concerné et de son employeur potentiel.

Par ailleurs tous les médecins généralistes affectés actuellement à des activités de médecine du travail, quel que soit leur lieu d'exercice, doivent être recensés avec fourniture des informations demandées dans le canevas ci-joint, en vue de leur inscription sur une liste d'aptitude pour la délivrance d'une habilitation transitoire a exercer la médecine du travail par le Ministère de la Santé et de la Population. Cette habilitation pourra être retirée ultérieurement à un médecin généraliste si une formation spécialisée dans le cadre d'un Certificat d'études spécialisées (C.E.S) dans le domaine de la médecine du travail est mise en place et n'est pas suivie par celui-ci dans les délais fixés.

J'attire votre attention sur l'importance du suivi de ces dispositions et vous demande de me faire part de toute difficulté rencontrée dans leur exécution.

Le Directeur de la Prévention

# **Emploi du Personnel Etranger**

**Décret n° 86-276 du 11 novembre 1986 fixant les conditions de recrutement des personnels étrangers dans les services de l'Etat, des collectivités locales, établissements, organismes et entreprises publics.**

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 111-10° et 152 \*;

Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, notamment ses articles 146, 214, ensemble les textes pris pour son application;

Vu la loi n° 81-03 du 21 février 1981 fixant la durée légale du travail ;

Vu la loi n° 81-10 du 11 juillet 1981 relative aux conditions d'emploi des travailleurs étrangers, notamment ses articles 3, 5, 10 et 24 et les textes pris pour son application ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales et notamment son article 6

Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles et notamment ses articles 8, 51 et 57 ;

Vu la loi n° 83-14 du 2 juillet 1983 relative obligations des assujettis en matière de sécurité ;

Vu le décret n° 69-148 du 2 octobre 1969 fixant, les conditions de recrutement des personnels étrangers dans les services de l'Etat, des collectivités locales, établissements et organismes publics ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Sous réserve des dispositions prévues par la loi n° 81-10 du 11 Juillet 1981 susvisée, les services de l'Etat, des collectivités locales, établissements, organismes et entreprises publics peuvent procéder à des recrutements, à titre contractuel, de personnels étrangers, dans les conditions fixées par le présent décret.

Peuvent être recrutés dans ce cadre :

- des enseignants pour les matières scientifiques et techniques, des enseignements post-fondamental et supérieur,
- des personnels exerçant des emplois à caractère technique ou affectés à des tâches de formation,
- les personnels ci-dessus visés doivent justifier d'un niveau- au moins égal à celui de l'homologue algérien classé à la catégorie 14 du statut-type ; à titre exceptionnel, Il peut être procédé au recrutement des personnels ayant un niveau de technicien.

**Article 2 :** Les travailleurs étrangers visés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus doivent justifier des conditions de recrutement au moins égales à celles exigées des homologues algériens occupant les mêmes emplois ou postes de travail et d'une expérience professionnelle d'au moins 4 ans.

Ces conditions déterminées par les statuts particuliers sont appréciées, compte tenu des titres universitaires et professionnels détenus par les intéressés, ainsi que les travaux qu'ils auraient réalisés dans leurs spécialités.

**Article 3 :** Le contrat initial d'engagement est souscrit pour une période maximale de deux (2) ans. Il prend effet à la date d'installation de l'intéressé dans son emploi ou son poste de travail.

Il peut être renouvelé pour de nouvelles périodes d'une durée maximale d'une année chacune.

Les cocontractants doivent manifester leur volonté de renouveler le contrat trois (3) mois avant l'expiration du contrat en cours d'exécution,

**Article 4 :** Le contrat peut être dénoncé par l'un des deux cocontractants, sous réserve d'un préavis de trois (3) mois. Le travailleur étranger exerçant dans le secteur de l'éducation, de l'enseignement et de la formation ne peut résilier son contrat avant la fin de l'année scolaire ou universitaire.

En cas de résiliation du contrat par l'employeur pour des motifs autres que disciplinaires ou professionnels, le travailleur étranger peut prétendre au bénéfice d'une indemnité de licenciement égale à un (1) mois de salaire par période de 12 mois consécutifs de services effectifs sans que cela excède 3 mois.

**Article 5 :** Le contrat est résilié de plein droit, sans préavis ni indemnités

- en cas de manquement grave par le contractant à ses obligations,
- en cas d'insuffisance professionnelle,
- en cas d'abandon de poste.
- si après signature du contrat ou en cours d'exécution de celui-ci le travailleur étranger ne rejoint pas son poste dans les délais qui lui sont impartis par son employeur

**Article 6 :** Les travailleurs régis par le présent décret sont soumis aux autorités algériennes dans l'exercice de leurs fonctions. Ils ne peuvent solliciter ou recevoir d'instructions d'une autorité autre que de l'autorité dont ils relèvent.

Ils ne peuvent se livrer à aucune activité politique sur le territoire algérien et doivent s'abstenir de tout acte de nature à nuire .aux intérêts matériels et moraux de l'Algérie.

Ils bénéficient des droits et sont soumis aux obligations à caractère professionnel résultant des dispositions régissant l'emploi qu'ils occupent.

Ils s'interdisent, pendant toute la durée de leur engagement d'exercer directement ou indirectement une autre activité lucrative, de quelque nature que ce soit.

**Article 7 :** Les travailleurs étrangers régis par le présent décret seront rémunérés sur la base de l'échelle nationale indiciaire relative aux salaires compte tenu de leurs titres, diplômes, expérience professionnelle et des autres exigences du poste de travail.

**Article 8 :** Les travailleurs étrangers, perçoivent le salaire de base fixé par l'échelle nationale indiciaire relative au salaire, majoré de l'indemnité d'expérience calculée conformément aux dispositions de la réglementation applicable aux secteurs d'activités concernés.

Le salaire de base déterminé ci-dessus est affecté d'un coefficient correcteur compris entre 1, 1 et 4.

Un arrêté conjoint du ministre des finances, du ministre de la planification, du ministre de la formation professionnelle et du travail et de l'autorité chargée de la fonction publique déterminera par secteur, filière, poste de travail et zone, le taux du coefficient correcteur visé ci-dessus.

**Article 9 :** Au début de l'engagement, le travailleur étranger, recruté dans le cadre du présent, décret, a droit à la charge de son employeur :

- au remboursement des frais de transport de sa résidence en Algérie à son lieu d'affectation s'il est recruté en Algérie pour lui-même, son conjoint et ses enfants mineurs à charge dans la limite de deux (2) ;
- au remboursement des frais de transport par la voie la plus économique et la plus directe de son lieu de résidence à son lieu d'affectation pour lui-même, son conjoint et ses enfants mineurs à charge dans la limite de deux (2) s'il est recruté hors d'Algérie.

A la fin de l'engagement, l'intéressé bénéficie des mêmes droits.

**Article 10:** A l'occasion du recrutement du travailleur étranger et à son départ définitif, l'employeur prend en charge les excédents de bagages à concurrence de :

- 40 kg pour le travailleur,
- 20 kg pour son conjoint,
- 20 kg pour chacun de ses enfants mineurs charge dans la limite de deux (2).

**Article 11:** Tous les deux (2) ans à l'occasion des congés administratifs passés dans le pays d'origine, l'employeur prend en charge les frais de voyage du travailleur, de son conjoint et de ses enfants mineurs à charge dans la limite de deux (2) en classe économique, par la voie la plus directe.

**Article 12:** Le travailleur étranger peut prétendre, à l'occasion des déplacements ou mutations pour raison de service sur le territoire national, au remboursement des frais engagés dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur applicable à l'homologue algérien.

**Article 13:** Les travailleurs étrangers sont soumis en matière de durée de travail et de congés à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 14:** L'organisme employeur mettra, pour, la durée du contrat, un logement à la disposition du travailleur étranger. Le loyer et les charges annexes sont à la charge de l'occupant

**Article 15:** Les travailleurs étrangers sont affiliés au régime de sécurité sociale en vigueur en Algérie.

**Article 16:** En cas de maladie, d'accident ou de maladie imputable au service, les travailleurs étrangers bénéficient des dispositions de la réglementation en vigueur.

**Article 17:** En cas décès du travailleur étranger en Algérie, l'employeur prend en charge les frais de transfert de la dépouille ainsi que les frais de rapatriement des membres de sa famille.

**Article 18:** Les travailleurs étrangers recrutés dans le cadre du présent décret sont autorisés à importer en Algérie, les effets et objets personnels, sous le régime de la franchise temporaire sous réserve qu'ils demeurent leur propriété et qu'ils soient réexportés.

Le régime de franchise temporaire est également accordé, sous réserve d'une autorisation préalable du service algérien des douanes, au matériel professionnel d'usage courant nécessaire au travailleur pour l'exercice de ses fonctions.

Le régime applicable au véhicule personnel est celui prévu par la législation algérienne en faveur des agents étrangers servant au titre de la coopération ; la franchise temporaire est limitée à un véhicule par agent et par famille.

**Article 19:** Sous réserve des dispositions prévues par les accords de réciprocité passés avec l'Algérie et les conventions internationales dûment ratifiées, les travailleurs étrangers régis par le présent décret sont soumis au régime fiscal en vigueur en Algérie.

**Article 20:** En matière de transfert de rémunération les travailleurs étrangers bénéficient des dispositions de la réglementation en vigueur,

**Article 21:** Par dérogation aux dispositions de l'article 1<sup>er</sup>, les étrangers conjoints d'Algériens peuvent être recrutés dans le cadre du présent décret, toutefois, ils ne peuvent prétendre au bénéfice des dispositions des articles 8, 9, 10, 11, 14, 17, 18 et 20.

Les étrangers conjoints d'Algériens, justifiant des mêmes titres, diplômes et expérience professionnelle et occupant les mêmes postes de travail ou emplois percevront la rémunération et les indemnités allouées à l'homologue algérien.

**Article 22:** Les dispositions du présent décret s'appliquent aux contrats en cours d'exécution à compter de la date de sa publication au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire ; toutefois, lorsque les clauses desdits contrats sont plus favorables, ils continueront à produire leurs effets jusqu'à l'expiration de la période pour laquelle ils ont été souscrits.

**Article 23:** Toutes dispositions contraires à celles du présent décret, notamment celles du décret n° 69-148 du 2 octobre 1969 susvisé, sont abrogées.

**Article 24:** Le présent décret, sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 11 novembre 1986.

**Chadli BENDJEDID**

**Décret exécutif n° 09-272 du 9 Ramadhan 1430 correspondant au 30 août 2009 modifiant et complétant le décret n° 86-276 du 11 novembre 1986 fixant les conditions de recrutement des personnels étrangers dans les services de l'Etat, des collectivités locales, établissements, organismes et entreprises publics.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85 - 3° et 125 (alinéa 2) ;

Vu le décret n° 86-276 du 11 novembre 1986, modifié et complété, fixant les conditions de recrutement des personnels étrangers dans les services de l'Etat, des collectivités locales, établissements, organismes et entreprises publics ;

Vu le décret présidentiel n° 07-304 du 17 Ramadhan 1428 correspondant au 29 septembre 2007 fixant la grille indiciaire des traitements et le régime indemnitaire des fonctionnaires ;

Vu le décret présidentiel n° 09-128 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction du Premier ministre dans ses fonctions ;

Vu le décret présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ;

Vu le décret exécutif n° 08-130 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur ;  
Après approbation du Président de la République ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions du décret n° 86-276 du 11 novembre 1986, modifié et complété, susvisé, fixant les conditions de recrutement des personnels étrangers dans les services de l'Etat, des collectivités locales, établissements, organismes et entreprises publics.

**Article 2 :** L'article 8 bis du décret n° 86-276 du 11 novembre 1986, modifié et complété, susvisé, est modifié, complété et rédigé comme suit :

« Art. 8 bis. . Nonobstant l'article 8 ci-dessus, les personnels étrangers recrutés pour exercer les fonctions de professeur hospitalo-universitaire, professeur, maître de conférences hospitalo- universitaire classe "A", maître de conférences classe "A" , maître de conférences hospitalo-universitaire classe "B" et maître de conférences classe "B" au sein des établissements d'enseignement supérieur perçoivent le traitement de base de leurs homologues algériens.

Le traitement de base déterminé ci-dessus est affecté d'un coefficient correcteur compris entre 2 et 4,1.

Le reste sans changement ».

**Article 3 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 9 Ramadhan 1430 correspondant au 30 août 2009.

**Ahmed OUYAHIA.**



**Tome 4 : EXERCICE A TITRE PRIVE DES ACTIVITES  
MEDICALES ET PARAMEDICALES**

# 1- Cliniques Privées



# **Décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées**

Le Président de la République,

Sur proposition du ministre de la santé publique et du ministre du travail et des affaires sociales,

Vu la Constitution, notamment ses articles 111-10° et 152 ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée par la loi n° 86-11 du 19 août 1986 relative au service civil ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée par la loi n° 88-15 du 3 mai 1988, relative à la protection et à la promotion de la santé,

Vu le décret n° 85-283 du 12 novembre 1985 portant modalités d'établissement de la nomenclature et la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux.

## **Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret fixe les conditions pour la réalisation, l'ouverture et le fonctionnement des cliniques privées, dénommées ci-après « cliniques ».

**Article 2** : La réalisation d'une clinique est subordonnée à la délivrance préalable d'un permis par le ministre de la santé publique, sur la base d'un dossier visé par le wali et comportant, en plus des pièces et documents requis pour une construction, les plans et la description détaillée du projet, l'implantation envisagée, les activités et les actes prévus.

Le délai imparti pour se prononcer sur la demande de permis ne saurait, en aucun cas, excéder une période de trois (3) mois qui court à compter de la date de dépôt du dossier au niveau de la wilaya. Passé ce délai, le permis est réputé acquis.

Le projet de réalisation doit être conforme aux conditions et normes fixées par le présent décret et par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 3** : L'implantation de la clinique est déterminée en fonction de la carte sanitaire nationale.

Le permis en précise l'emplacement ;

**Article 4** : L'autorisation d'ouverture et de fonctionnement est délivrée par le wali, après constatation de la conformité des lieux et installations aux normes et conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.

L'autorisation précise :

— le ou les exploitants de la clinique, avec l'adresse personnelle ;

— l'adresse de la clinique ;

— les activités que la clinique peut assurer et en fonction desquelles elle a été réalisée et équipée.

Copie de l'autorisation est adressée par le wali au ministre de la santé publique.

**Article 5** : La capacité de la clinique doit être de quinze (15) à quatre vingt dix (90) lits.

**Article 6** : Tout changement dans la destination d'une clinique est subordonné à l'autorisation préalable du ministre de la santé publique.

**Article 7** : La clinique est placée sous la direction effective et permanente d'un médecin.

**Article 8** : Les activités médicales, chirurgicales et d'exploration sont assurées par des praticiens qualifiés.

Les activités des auxiliaires médicaux sont assurées sous le contrôle de praticiens médicaux.

**Article 9** : L'utilisation à temps plein ou à temps partiel de tout praticien médical qui exerce dans une structure publique, soit comme fonctionnaire, soit pour l'accomplissement du service civil, soit en tant qu'étudiant de post-graduation en sciences médicales est interdite.

**Article 10** : Un arrêté du ministre de la santé publique fixe les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement des cliniques.

**Article 11** : Toute clinique est soumise, à tout moment, au contrôle et à l'inspection technique et sanitaire dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

**Article 12** : Chaque clinique est tenue de souscrire une assurance pour couvrir la responsabilité civile de l'établissement et de son personnel.

**Article 13** : Le montant des prestations effectuées dans les cliniques sont remboursées à l'assuré social dans les conditions et limites fixées par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 14** : Les manquements aux dispositions relatives aux normes et conditions de fonctionnement des cliniques sont sanctionnés conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

**Article 15** : Les cliniques privées dûment autorisées à exercer avant la date de publication du présent décret sont tenues de se conformer aux normes et conditions fixées par le présent décret et ce, avant le 31 décembre 1991.

**Article 16** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Chadli BENDJEDID**

**Décret exécutif n° 92-380 du 13 octobre 1992 modifiant et complétant le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture, et de fonctionnement des cliniques privées.**

Le Chef du Gouvernement,  
Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,  
Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;  
Vu le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées ;

**Décrète:**

**Article 1<sup>er</sup>:** L'article 2 du décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 est modifié et complété comme suit :

« Art. 2. — La réalisation d'une clinique est subordonnée à la délivrance d'un permis par le wali, sur la base préalable d'un dossier dûment visé par les services déconcentrés concernés et comportant, outre les pièces et documents- requis pour une construction, les plans et la description détaillée du projet, l'implantation envisagée, les activités et les actes prévus ».

Le reste sans changement.

**Article 2 :** L'article 3 du décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 est modifié et complété comme suit :

« Art. 3. — L'implantation de la clinique est déterminée en fonction de la carte sanitaire. Le permis en précise l'emplacement ».

**Article 3 :** L'article 6 du décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 est modifié comme suit :

« Art 6. Tout changement dans la destination d'une clinique et toute reconversion d'activités médicales et / ou paramédicales sont subordonnées à l'autorisation expresse et préalable du wali ».

**Article 4 :** L'article 15 du décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 est modifié comme suit :

« Art 15. — Les cliniques privées dûment autorisées à exercer sont tenues de se conformer aux normes et conditions fixées par le présent décret et ce, avant le 31 décembre 1993 ».

**Article 5 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Belaid ABDESSELAM**

**Décret exécutif n° 02-69 du 23 Dhou El Kaada 1422 correspondant au 6 février 2002  
modifiant et complétant le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de  
réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988, modifié et complété, fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées ;

Vu le décret présidentiel n° 2000-256 du 26 Joumada El Oula 1421 correspondant au 26 août 2000 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 01-139 du 8 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988, susvisé.

**Article 2** : L'article 2 du décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 susvisé est complété par un nouvel alinéa rédigé comme suit :

"Les conditions spécifiques d'ouverture et de fonctionnement ainsi que les normes techniques et sanitaires des cliniques privées de type ambulatoire sont fixées par arrêté du ministre de la santé et de la population".

**Article 3** : Le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 susvisé est complété par un *article 4 bis* rédigé comme suit :

"*Art. 4 bis.* — La réalisation, l'ouverture et le fonctionnement des cliniques privées assurant des soins de haut niveau sont soumis aux conditions fixées par le présent décret et aux prescriptions d'un cahier des charges signé par l'exploitant et établis selon un cahier des charges-type fixé par arrêté interministériel pris conjointement par le ministre chargé de la santé, le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé des finances".

**Article 4** : L'article 5 du décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 susvisé est modifié comme suit :

"*Art. 5.* — La capacité minimale d'une clinique est fixée à 7 lits".

**Article 5** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 Dhou El Kaada 1422 correspondant au 6 février 2002.

**Ali BENFLIS.**

**Instruction N°586 du 21 décembre 1988  
(modifiée et complétée)**

**Destinataires :**

Mrs les Walis (cabinet) "pour information"  
Mrs les Walis (D.S.P) "pour exécution"

**Objet : *Ouverture des Cliniques Privées***

**Références :**

-Loi 85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée par la loi n°88-15 du 03 mai 1988.

Décret n°88-204 du 18 octobre 1988, fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées.

Arrêté interministériel du 22 octobre 1988, portant fixation forfaitaire du prix de journée d'hospitalisation des prestations d'hôtellerie et de restauration dans les cliniques privées et de tarif remboursable par la sécurité sociale.

Arrêté du 22 octobre 1988 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement dans les cliniques privées.

Conformément aux dispositions de la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, modifiée et complétée par la loi n°88-15 du 03 mai 1988, les activités de santé à titre privé sont exercées aussi bien dans les cabinets de consultations et de soins, les cabinets dentaires, les officines pharmaceutiques, les laboratoires d'analyses médicales, d'optique médicale, et de lunetterie, de prothèse médicale, que dans les cliniques.

Aussi, il convient de rappeler que toute réalisation de clinique est subordonnée à la délivrance préalable d'un permis par le Ministère de la Santé Publique, sur la base d'un dossier visé par le wali territorialement comportant en plus des pièces et documents requis pour une construction, les plans et la description détaillée du projet, l'implantation envisagée les activités et les actes prévus (article 2 du décret susvisé).

A cet effet, il me paraît opportun de préciser que l'ouverture des cliniques privées est assujettie à un certain nombre de critères fixés par l'arrêté ministériel du 22 octobre 1988 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement de ces cliniques.

En conséquence, toute réalisation de ce type de structures devra être en adéquation avec les critères contenus dans l'arrêté sus cité.

Une fois le permis de réalisation acquis par le ou les promoteurs, entrants dans le cadre de l'article 208 bis de la loi n°88-15 du 03 mai 1988, la réalisation de la clinique pourra être entamé.

Au terme de la réalisation, et après conformité des lieux aux normes techniques et sanitaires de la structure, il appartient au wali territorialement compétent de délivrer l'autorisation d'ouverture et de fonctionnement de la clinique, comme cité à l'article 4 du décret n°88-204 du 18 octobre 1988.

En conséquence, il vous appartient d'informer les éventuels promoteurs des conditions de réalisation de ce type de structures, et de bien étudier avant toute transmission au Ministère de la Santé, la conformité des dossiers au regards des textes réglementaires en la matière, et de me saisir pour toute difficulté rencontrée, sous le présent timbre.

Le Directeur des Structures Sanitaires

**Signé Dr. A. GUENNAR**

Destinataires :

Mrs les wali (cabinet) "pour information"  
Mrs les wali (D.S.P) "pour exécution"

**Objet:** *Ouverture des Cliniques Privées*

Références :

Instruction n°588/MSP/DSS du 21 décembre 1989.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que les dossiers relatifs à la réalisation des cliniques privées doivent comporter l'ensemble des pièces indiquées ci-dessous :

Démarches administratives : titre de propriété, contrat de location ;  
Programme de l'activité médico-chirurgicale à exercer dans l'établissement : fiche technique ;  
Programme architectural ;  
Plan de situation orienté, précisant l'emplacement de la délimitation de l'opération ;  
Plan de masse (1/500) doit fournir toutes les indications nécessaires (nivellement général en sol, bâtiments avoisinants, voiries existantes, parkings, réseaux divers, espaces verts...) ;  
Plan d'avant projet (1/100) de chaque niveau suivi d'une notice explicative des différents schémas adoptés pour la liaison des diverses parties au programme ;  
Plans détaillés des types de schémas d'hospitalisation (1/50) ;  
Plans détaillés des locaux destinés à la pratique chirurgicale (1/50) ;  
Etat récapitulatif des surfaces ou des locaux pour chaque service ;  
Coupes transversales et longitudinales ;  
Elévation des différentes façades ;  
Schéma des installations techniques suivi d'une note explicative précisant l'appréciation des besoins globaux en fluides de toute nature  
Devis descriptif comportera deux parties :  
Décrire les matériaux, matériels et procédés utilisés; indiquer les normes et exigences de qualité et de mise en œuvre auxquelles ils doivent satisfaire ainsi que les contrôles techniques auxquels il sera procédé ;  
La deuxième partie pouvant prendre la forme de tableau ou être reportés sur les plans, en indiquant pour certaines coupes d'état toutes les informations techniques nécessaires ;  
Joindre tous les documents relatifs à l'approbation des services de sécurité concernés (C.T.C, protection civile) dans le cas d'une structure déjà existante ;  
Le promoteur devant transmettre deux (02) exemplaires de son projet au Ministère de la Santé et un exemplaire restera à la Direction de la Santé et de la Population pour suivi des travaux dès l'approbation de la commission ;  
Les délais doivent être scrupuleusement inspectés (3 mois), le dépôt, l'étude et la transmission au Ministère de la Santé ne doivent en aucun cas excéder un (01) mois ;  
Il va sans dire que l'examen préalable de la conformité des dossiers doit impérativement être étudié à votre niveau avant la transmission au Ministère de la Santé ;  
Les décisions d'ouvertures et de fonctionnement ne seront délivrées qu'après accord de la commission ministérielle qui étudiera la conformité de la réalisation de clinique privée avec les plans approuvés ;  
J'attache beaucoup de prix à la stricte application de cette instruction et tout projet ne comportant pas l'ensemble de ces pièces sera rejeté, et il vous appartient d'en informer les éventuels promoteurs.

P/Le Ministre de la Santé

**Le Secrétaire Général**

**Circulaire N°70/DNOSS/SDEAPS du 15/02/1993**

**Destinataires :**

Messieurs les Wallis  
Messieurs les D.S.P.S

**Objet :** Réglementation applicable en matière de cliniques privées après les modifications apportées par le décret exécutif n°92-380 du 13 octobre 1992.

**Référence :** Décret exécutif n°92-380 du 13 octobre 1992 modifiant et complétant le décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées.

**P.L. :** Annexe relative aux conditions techniques exigées pour toute réalisation de clinique privée.

**Textes régissant les cliniques privées**

Loi n°88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n°85-05 relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées ;  
Décret exécutif n°92-380 du 13 octobre 1992 modifiant et complétant le décret n°88-204 du 18 octobre 1988 ;  
Arrêté du 22 octobre 1988 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement des cliniques privées ;  
Arrêté Interministériel du 22 octobre 1988 portant fixation forfaitaire du prix de journée d'hospitalisation des prestations d'hôtellerie et de restauration dans les cliniques privées et du tarif remboursable par la sécurité sociale ;  
Instruction n°586 du 21 décembre 1988.

Instruction n°318/MSP/SG du 22 novembre 1989.

Modifications apportées par le décret exécutif n°92-380 du 13/10/1992

Ce texte apporte des modifications en matière de réglementation sur les cliniques privées qui sont les suivantes :

La réalisation de clinique est subordonnée à la délivrance préalable d'un permis par le wali, sur la base d'un dossier dûment visé par les services déconcentrés concernés et comportant, outre les pièces et documents requis pour une construction, les plans et la description détaillée du projet, l'implantation envisagée, les activités et les actes prévus. (Art. 2 du décret).

L'implantation de la clinique est déterminée en fonction de la carte sanitaire, le permis en précise l'emplacement. (Art. 3 du décret).

Tout changement dans la destination d'une clinique et toute reconversion d'activités médicales et/ou paramédicales sont subordonnés à l'autorisation expresse et préalable du wali. (Art. 6 du décret).

Les cliniques privées dûment autorisées à exercer sont tenues de se conformer aux normes et conditions fixées par le présent décret et ce, avant le 31 décembre 1993". (Art. 15 du décret).

Dispositions applicables

Il apparaît opportun de préciser que les autres dispositions réglementaires en matière de clinique privées, qui n'ont pas fait l'objet de modifications, demeurent en vigueur. Le document qui vous est transmis en annexe vient préciser cette réglementation.

Ce texte permettra d'une part aux bureaux d'études chargés de concevoir et de suivre ces opérations de disposer d'outils techniques de travail, et d'autre part, une garantie d'application des normes techniques.

Mesures organisationnelles

En application de la réglementation suscitée, je vous prie de prendre toutes les mesures organisationnelles nécessaires. Dans ce cadre, il est proposé :

4.1. D'envisager la mise en place d'une structure pour procéder aux études techniques des dossiers de demande de réalisation de cliniques privées, avant leur examen par une commission de wilaya :

4.1.1. Les services techniques de la Direction de l'Urbanisme et de la construction peuvent être chargés de l'étude technique des dossiers,

4.1.2. La création d'un service technique au sein de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale peut également être envisagée;

4.2. D'instituer une commission de wilaya :

4.2.1. Qui sera chargée de :

Donner un avis d'opportunité au wali sur toute demande de réalisation de clinique privée, tout changement dans la destination d'une clinique privée ou reconversion d'activités médicales et/ou paramédicales ;

De se prononcer, au terme de la réalisation, sur la conformité des lieux aux normes techniques et sanitaires telles que déterminées par le dossier et les plans approuvés ;

4.2.2. Qui serait présidée par le wali et son représentant et composée des membres suivants :

Le Directeur de la Santé et de la Protection Sociale de wilaya ;

Le Directeur de l'Urbanisme et de la Construction de wilaya ;

Le Directeur de l'Agence de la Caisse Nationale des Assurés Sociaux de la wilaya ;

Toute autre personne appelée à participer aux travaux de la commission à titre consultatif ou permanent et dont le concours serait souhaitable.

Dispositions transitoires

Les dossiers en instance de traitement au niveau de l'Administration Centrale seront finalisés conformément aux procédures réglementaires qui les régissaient.

En ce qui concerne les autres dossiers, ils vous seront remis par mes services selon le planning ci-joint.

L'étude des nouveaux dossiers peut continuer à se faire avec le concours technique des services du Ministère de la Santé et de la Population jusqu'à la mise en place définitive de l'organisation et des procédures nécessaires.

En conséquence, il vous appartient d'informer les éventuels promoteurs des conditions de réalisation de ce type de structure, et de transmettre au Ministère de la Santé et de la Population une copie de toute décision portant autorisation de réalisation ou d'ouverture de clinique privée, délivrée en application de la nouvelle réglementation.

Je vous demanderais de bien vouloir me faire part des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application des dispositions susvisées, ainsi que vos propositions afin d'actualiser et de compléter éventuellement cette réglementation.

Le Directeur de la Normalisation et de l'Organisation du Système de Santé

Signé : **M. DJAZIRI**

## **Arrêté du 22 octobre 1988 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement des cliniques privées.**

Le ministre de la santé publique,

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée par la loi n° 88-15 du 3 mai 1988, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment son article 20 ;

Vu le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, notamment son article 10 ;

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent arrêté fixe les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions applicables aux cliniques privées, dénommées ci-après «cliniques».

### CHAPITRE 1

#### NORMES TECHNIQUES ET SANITAIRES

**Article 2 :** Chaque lit d'hospitalisation doit disposer au minimum d'une aire de sept (7) mètres carrés. Cette surface est portée à dix (10) mètres carrés par lit destiné à la chirurgie.

Les lits doivent être métalliques et munis d'une literie complète, en bon état. Chaque lit doit être accessible de trois côtés. L'écart entre les lits ne peut être inférieur à un (1) mètre.

**Article 3 :** Les lits sont installés dans des chambres.

Une chambre ne peut comporter plus de quatre (4) lits.

**Article 4 :** Toute clinique doit être dotée d'une chambre individuelle par quinze (15) lits, permettant d'isoler les malades contagieux.

**Article 5 :** Chaque chambre doit répondre aux spécifications ci-après :

- être éclairée par des fenêtres dont la surface ouvrante est au moins égale au sixième de la surface de la chambre,
- posséder une aération permanente conçue de manière à fonctionner en toutes saisons sans occasionner de gêne aux malades ;
- être équipée du chauffage central ;
- comporter au moins un lavabo, avec eau courante potable froide et chaude, installé soit dans la chambre soit dans un cabinet de toilette attenant à la chambre ;
- être dotée de l'éclairage électrique, avec possibilité de mise en veilleuse pendant la nuit ;
- être équipée d'un système permettant d'alerter le personnel de service à partir de chaque lit.

**Article 6 :** Aucune chambre destinée à l'hospitalisation de malades ou à la maternité ne peut être installée dans un sous-sol ou un demi sous-sol.

**Article 7 :** Lorsque (a) clinique assure des activités qui comportent l'hospitalisation des deux sexes, les chambres sont réalisées pour que les malades de chaque sexe soient placés dans des locaux complètement séparés.

**Article 8 :** Les couloirs et les portes doivent être dimensionnés pour permettre le libre passage d'un malade transporté sur chariot roulant ou sur un brancard à porteurs.

**Article 9 :** La clinique qui assure des activités chirurgicales, y compris la gynécologie et l'obstétrique, doit être au minimum dotée des trois types de salles suivantes :

- salle aseptique
- salle septique
- salle de stérilisation

selon les spécifications définies ci-après.

**Article 10 :** La clinique doit comporter une salle aseptique pour un maximum de trente (30) lits réservés à la chirurgie, et une salle septique au moins.

**Article 11 :** Chaque salle d'opération visée ci-dessus doit :

- être dépourvue de rideaux et de tentures,
  - être éclairée de façon à pouvoir y opérer aussi bien de jour que de nuit
- Un éclairage de secours doit être prévu en cas de panne d'électricité ;
- avoir une climatisation stérile et être chauffée. Un chauffage de renfort ou de secours doit permettre d'obtenir rapidement une température d'au moins 22°C,
  - présenter des murs et un plafond recouverts de peinture, d'enduits spéciaux ou de matériaux lisses et imperméables,
  - avoir un sol imperméable permettant un nettoyage fréquent et facile et répondant aux normes de conductibilité permettant l'écoulement, sans décharge disruptive, des charges électrostatiques susceptibles de se développer sur les personnes et les objets reposant sur le sol.
- L'équipement de chaque salle d'opération doit comprendre, notamment :
- une table d'opération permettant de placer le malade dans toutes les positions opératoires,
  - un éclairage par scialytique,
  - un système d'aspiration,
  - des tables ou des Chariots métalliques permettant de disposer les instruments et le matériel opératoires,
  - de lavabos disposés en dehors de la salle d'opération, donnant une eau stérile pour lavage des mains des personnels,
  - une alimentation en gaz médicaux à partir d'une installation présentant toute sécurité,
  - un matériel d'oxygénothérapie.

**Article 12 :** La salle de stérilisation doit être équipée :

- d'appareils destinés à stériliser les fournitures opératoires et les instruments et comprenant une étuve sèche, un autoclave, des boîtes spécialement conçues pour les instruments à stériliser,
- d'un stérilisateur d'eau,
- d'armoires pour conserver les instruments et les objets de pansement,
- d'un évier, d'une paillasse et d'un vidoir.

**Article 13 :** Quelles que soient les activités qu'elle assure, la clinique doit être équipée, au moins, d'une salle pour soins, pansements et plâtres.

**Article 14 :** Lorsque la clinique assure l'activité obstétricale celle-ci doit avoir lieu dans les locaux situés dans une zone séparée des locaux des autres activités de la clinique.

**Article 15 :** Les pièces aménagées en pouponnière ne peuvent recevoir plus de huit (8) berceaux. Elles doivent être placées en annexes aux chambres des accouchées

et avoir une superficie minimale de trois (3) mètres carrés par enfant avec un volume minimum de neuf (9) mètres cubes par enfant

**Article 16 :** Toute clinique qui assure une activité obstétricale doit posséder au moins un incubateur pour parer aux urgences et y placer un nouveau-né.

**Article 17 :** L'activité obstétricale est couverte à raison d'une salle de travail pour quinze (15) lits de mères.

Les salles de travail doivent être aménagées pour que les plaintes des parturientes ne soient pas perçues dans le reste de la clinique.

**Article 18 :** Les salles de travail doivent répondre aux mêmes spécifications que les salles d'opération en ce qui concerne les murs et parois, le plafond, l'éclairage et le chauffage.



L'équipement d'une salle de travail doit comprendre, au moins :  
- un lit spécial permettant de mettre la parturiente en position gynécologique et en déclive ;

- une table permettant de poser les instruments et le matériel nécessaires ;
- un lavabo pour le lavage des mains des accoucheurs ;
- un dispositif permettant d'administrer de l'oxygène à une femme pendant l'accouchement ;  
— des moyens de réanimation des nouveaux-nés.

**Article 19** : Pour les besoins de l'activité d'obstétrique, la clinique doit notamment avoir en réserve, enfermés dans des boîtes métalliques, les instruments nécessaires à l'accouchement, à une suture périnéale, aux soins à la mère et à l'enfant, le tout stérilisé.

**Article 20** : Une biberonnerie, dotée de moyens de nettoyage et de stérilisation des biberons, doit être aménagée dans un local exclusivement affecté à cet usage.

**Article 21** : Toute clinique doit être équipée :

- d'une installation fixe de radiodiagnostic réalisée conformément aux normes de protection contre les rayonnements ionisants ;
- d'un laboratoire d'analyses médicales assurant les examens de première nécessité ;
- d'équipements de stérilisation et d'un autoclave ;
- d'un dispositif d'alimentation en oxygène.

- d'un incinérateur destiné notamment à la destruction des pansements souillés ;
- d'un générateur d'électricité d'une puissance permettant d'assurer, en cas de coupure de courant, l'alimentation :

\* des salles d'opération,

\* des installations et appareils de soins fonctionnant à l'énergie électrique,

\* des couloirs de circulation et des chambres des malades ;

- d'un monte-malade, quand l'établissement comporte plus d'un niveau ;

— d'une installation réfrigérante conçue pour la conservation des produits alimentaires périssables ; l'installation doit avoir une capacité de stockage proportionnelle à l'importance de la clinique ;

— de cabinets d'aisances, à raison d'un poste pour dix (10) malades au moins.

- d'une alimentation en eau potable ainsi que d'une réserve d'eau potable d'une capacité calculée sur la base de trente (30) litres par lit ;

- d'une évacuation des eaux usées conforme aux normes d'hygiène ;

**Article 22** : Toute clinique doit disposer d'un système de rangement, fermant à clé, destiné aux produits pharmaceutiques. Une partie de l'installation sera spécialement aménagée pour les substances vénéneuses et les stupéfiants.

**Article 23** : Un arrêté du ministre de la santé publique fixe la nomenclature et le nombre des équipements médico-chirurgicaux nécessaires dont chaque clinique doit être dotée, selon la nature et l'importance des activités qu'elle assure.

L'acquisition et l'installation d'équipements médico-chirurgicaux non compris dans la nomenclature prévue à l'alinéa précédent sont subordonnées à une autorisation écrite du ministre de la santé publique.

**Article 24** : Les services des cuisines et d'alimentation doivent être proportionnés au nombre de lits d'hospitalisation.

Toutes dispositions doivent être prises pour que les aliments soient placés à l'abri des souillures et que les repas soient servis chauds dans les chambres.

Les menus doivent être affichés chaque jour.

**Article 25** : Les restes alimentaires, les déchets ménagers doivent être collectés dans des récipients hermétiquement fermés jusqu'à leur enlèvement qui doit être quotidien, ou à leur destruction quotidienne par incinération.

**Article 26** : Le linge et le matériel lavable sont lessivés dans une buanderie pourvue de l'installation et des annexes nécessaires.

Les procédés employés doivent permettre une désinfection efficace.

**Article 27** : Toute clinique doit comporter une morgue dotée d'un casier au moins, avec une pièce ventilée et disposant d'un poste d'eau avec écoulement. Elle doit être pourvue d'une sortie donnant sur l'extérieur de la clinique.

**Article 28** : Le sol, les murs et les cloisons des locaux de la clinique doivent être réalisés avec des matériaux ou revêtus de produits permettant un lavage fréquent à grand eau et aux désinfectants.

**Article 29** : La clinique doit répondre aux normes fixées par les règlements relatifs à la lutte contre l'incendie et disposer, notamment :

- de postes d'eau,

- d'extincteurs à chaque étage,

- d'un moyen d'appel rapide au poste de protection civile le plus proche.

**Article 30** : La clinique doit comporter des salles d'attente et des cabinets de consultation en nombre proportionnel à la capacité d'hospitalisation et spécialement conçus pour ces usages.

## CHAPITRE II CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT

**Article 31** : La clinique assure un service permanent et continu. Elle est dotée d'un règlement intérieur.

**Article 32** : Le personnel auxiliaire médical doit être en nombre suffisant et fixé en fonction des spécialités, de la nature des soins et de l'importance de la clinique.

Nul ne peut être recruté et exercer à ce titre s'il n'est en situation régulière vis-à-vis des dispositions qui régissent les professions des auxiliaires médicaux.

**Article 33** : Aucun membre du personnel et quel que soit le poste de travail qu'il occupe dans la clinique, ne peut y demeurer en exercice s'il est atteint d'une maladie transmissible.

**Article 34** : Le directeur de la clinique communique au wali la liste nominative, accompagnée des copies des titres et diplômes, du personnel médical et des auxiliaires médicaux assurant des activités dans la clinique.

Pour chacun, seront précisés : la spécialité assurée, le régime d'exercice temps plein ou temps partiel et, le cas échéant, la fonction exercée dans la clinique.

**Article 35** : Sur un panneau, placé dans le hall d'entrée de la clinique, seront affichés le nom, le prénom et la spécialité de chacun des praticiens qui travaillent, à temps plein ou temps partiel, dans l'établissement.

**Article 36** : Toute personne admise dans la clinique en qualité de patient est inscrite sur un registre des entrées et des sorties.

Un dossier médical est établi pour chaque patient : ce dossier comporte en plus des renseignements relatifs à l'identité et à l'adresse personnelle du malade et à celle

des parents ou alliés l'inscription de tout examen et acte prescrits par le ou les praticiens de la clinique, appuyés, le cas échéant, des documents y afférents ainsi que des observations et constatations.

**Article 37** : Les dossiers médicaux sont rangés dans des locaux et des meubles fermant à clé placés sous la responsabilité du directeur de la clinique.

**Article 38** : Chaque clinique assure un service de garde quotidienne interne pour les urgences ; elle participe également au système local des urgences.

**Article 39** : Chaque clinique établit des statistiques épidémiologiques liées à ses activités, selon des spécifications définies par le ministre de la santé publique.

**Article 40** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 22 octobre 1988. P. le ministre de la santé publique,

*Le secrétaire général,*  
**Nouredine KADRA**



**Arrêté N°2 du 09 janvier 1994 portant modalités d'application de l'article 15 du décret n°  
88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation d'ouverture et de  
fonctionnement des cliniques privées**

Le Ministre de la Santé et de la Population ;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée par la loi n°88-15 du 03 mai 1988, relative à la protection et à la promotion de la Santé, notamment son article 208 ;

Vu le décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, notamment son article 15 ;

Vu l'arrêté du 22 octobre 1988 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement des cliniques privées ;

Vu l'arrêté interministériel du 22 octobre 1988 portant fixation forfaitaire du prix de journée d'hospitalisation des prestations d'hôtellerie et d'exploration dans les cliniques privées et du tarif remboursable par la sécurité sociale :

**Arrête :**

**Article 1 :** Les cliniques et les maisons d'accouchement sans possibilités chirurgicales, dûment autorisées avant la publication du décret n°88-204 du 18 octobre 1988 susvisé, sont régies par les dispositions du présent arrêté et dénommées ci-après "cliniques d'accouchement"

**Chapitre I : Dispositions générales**

**Article 2 :** Les cliniques d'accouchement qui sont dans l'impossibilité de se reconvertir conformément aux dispositions du décret n°88-204 du 18 octobre 1988 et de l'arrêté du 22 octobre 1988 susvisés, mais qui sont conformes aux normes et conditions telles que fixées par le présent arrêté, sont constituées en établissements en voie d'extinction.

**Article 3 :** Les autres cliniques d'accouchement qui ne peuvent être agréées conformément aux dispositions réglementaires édictées en la matière, seront reconverties en cabinets de consultation et de soin.

**Article 4 :** Les cliniques d'accouchement considérées comme établissements en voie d'extinction feront l'objet d'une fermeture définitive, dès que les exploitantes, titulaires de l'autorisation d'ouverture, cesseront leurs activités.

**Chapitre II : Normes techniques et sanitaires**

**Article 5 :** L'organisation générale, le personnel, le matériel et tous les services d'une clinique d'accouchement sans possibilité chirurgicale doivent être en fonction de la capacité réelle d'utilisation, du nombre maximum de femmes pouvant y être normalement admises, accouchées ou soignées. Aucune intervention chirurgicale, aucun curetage "post arboretum" ou autre, ne doivent être pratiqués dans ces établissements.

**Article 6 :** Tous les locaux doivent avoir un sol imperméable, lavable à grande eau et aux désinfectants. Les murs et les cloisons sont enduits d'une peinture lavable, claire de préférence. Le papier en est exclu.

**Article 7 :** Les chambres d'hospitalisation disposent d'une isolation suffisante. En aucun cas les expectantes et les accouchées ne seront logées dans un sous-sol ou un demi sol. Les chambres d'hospitalisation contiennent de un à quatre lits. Elles doivent avoir au minimum une surface de 7m<sup>2</sup> et un volume de 21m<sup>3</sup> lorsqu'elles sont destinées à une accouchée. Les lits sont métalliques et munis d'une literie complète en bon état. Ils sont de préférence placés parallèlement aux façades et accessibles de trois côtés. L'écart ensembles, lits et berceaux, ne doit pas être inférieur à 0,80m. A portée de chaque lit, un moyen d'appel doit permettre d'alerter le personnel de service. Des lavabos à eau courante froide et chaude doivent être installés dans les chambres ou dans les cabinets de toilette attenants aux chambres. Il faut prévoir au moins un lavabo pour chaque chambre de 4 lits.

**Article 8 :** Dans le cas où les nourrissons sont placés en dehors des chambres des accouchées, dans les pièces annexes, celles-ci doivent avoir une superficie minimum de 3 m<sup>2</sup> par enfant avec un volume minima de 9m<sup>3</sup>. Ces pièces ne doivent pas contenir plus de 08 berceaux.

**Article 9 :** Tout établissement comportant des chambres à plusieurs lits doit comprendre par 10 lits au moins une chambre individuelle pouvant permettre éventuellement l'isolement en cas de maladie contagieuse.

**Article 10 :** L'aération doit être permanente et conçue de manière à fonctionner en toutes saisons sans occasionner de gêne aux pensionnaires. Le chauffage central est exigé dans toute clinique d'accouchement. La température minimum des chambres doit être de 20° et celle des couloirs de 16°. L'éclairage électrique est obligatoire avec possibilité de mise en veilleuse pendant la nuit.

**Article 11 :** L'eau doit être potable et en qualité suffisante : 250 litres au minimum par lit et par jour.

Chaque établissement doit posséder une installation de douches ou de bains avec eau froide et eau chaude.

Dans chaque établissement, le linge et le matériel lavable sont lessivés sur place dans une buanderie pourvue de l'installation et des annexes nécessaires.

**Article 12 :** Les services de cuisine et d'alimentation doivent être proportionnés à la capacité d'hospitalisation. Toutes dispositions doivent être prises pour que les aliments soient placés à l'abri des souillures et que les repas soient servis chauds dans les chambres.

**Article 13 :** Une biberonnerie doit être installée et dotée d'une installation permettant le nettoyage et la stérilisation des biberons ainsi que la préparation correcte des laits employés.

**Article 14 :** Chaque clinique d'accouchement sans possibilité chirurgicale doit posséder au moins :

une salle de travail par 15 lits d'accouchées au minimum.

une stérilisation qui comprendra les appareils nécessaires à stériliser les fournitures et les instruments.

une pièce spéciale (pour la pharmacie ou à défaut des placards).

**Article 15 :** La salle de travail doit être dépourvue de rideaux et de teinture. Elle doit être éclairée de façon qu'on puisse y accoucher aussi bien de nuit que de jour, être chauffée et ventilée.

Elle doit être, autant que possible, isolée de manière que les plaintes des accouchées ne soient pas perçues dans le reste de l'établissement. Le sol doit être imperméable et d'un nettoyage facile. Le matériel doit comporter :

Un lit spécial permettant de mettre les parturientes en position gynécologique ou de déclive.

Une table permettant de disposer des instruments et le matériel pour l'accoucheuse.

Un lavabo avec stérilisateur pour la désinfection des mains.

Un dispositif permettant d'administrer de l'oxygène à une femme en travail.

**Article 16 :** Parmi les objets en réserve figurant, enfermés dans des boîtes métalliques, les instruments nécessaires à l'accouchement, à une périnéale, aux soins à la mère et l'enfant, le tout stérilisé.

**Article 17 :** Le transport des parturientes couchées de la salle de travail aux chambres, si ces locaux sont à des étages différents, doit toujours s'effectuer aisément par monte malade.

**Article 18 :** L'enfant doit quitter l'établissement en même temps que sa mère, sauf cas de force majeure (maladie contagieuse de la mère, décès de celle-ci). En aucun cas, l'enfant ne doit rester dans l'établissement, sans sa mère, plus de dix jours.

**Article 19 :** Toute clinique d'accouchement doit posséder un incubateur d'attente, d'un maniement facile, ou d'un berceau chauffé, afin de parer aux urgences et d'y placer un nouveau-né en attendant, si nécessaire, son transfert vers un centre spécialisé.

**Article 20 :** Ces cliniques d'accouchement doivent disposer en permanence de moyens d'évacuation sanitaires adéquats (ambulance aménagée).

**Article 21** : La couverture sanitaire de l'établissement doit être assumée par un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique. Pour le service de la salle de travail, une ou plusieurs sages-femmes, en nombre variable selon le nombre de lits doivent être prévues: une sage-femme pour 15 lits.

L'accouchement peut être pratiqué, selon un accord préalable établi entre la direction de l'établissement et la cliente. La sage-femme appelée à pratiquer l'accouchement agit sous sa propre responsabilité.

**Article 22** : La clinique assure un service permanent et contenu. Elle est dotée d'un règlement intérieur.

**Article 23** : Nul ne peut être recruté et exercer à ce titre, s'il n'est pas en situation régulière vis-à-vis des dispositions qui régissent les professions médicales et des auxiliaires médicaux.

**Article 24** : Aucun membre du personnel et quelque soit le poste de travail qu'il occupe dans la clinique, ne peut y demeurer en exercice s'il est atteint d'une maladie transmissible.

**Article 25** : Le directeur de la clinique communique au wali (DSPS) la liste nominative, accompagnée des copies des titres et diplômes du personnel médical et des auxiliaires médicaux assurant des activités dans la clinique.

**Article 26** : Toute personne admise dans la clinique en qualité de patiente, est inscrite sur un registre des entrées et des sorties.

**Article 27** : Les dossiers médicaux sont rangés dans des locaux et des meubles fermant à clé placés sous la responsabilité du directeur de la clinique.

**Article 28** : Chaque clinique assure un service de garde quotidienne interne pour les urgences, elle participe également au système local des urgences.

**Article 29** : Chaque clinique établit des statistiques épidémiologiques liées à ses activités, selon des spécifications définies par le Ministre de la Santé.

**Article 30** : La fixation forfaitaire du prix de journée d'hospitalisation, des prestations d'hôtellerie dans ces cliniques d'accouchement est régie par les dispositions de l'arrêté interministériel du 22 octobre 1988 susvisé.

**Article 31** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République Algérienne Démocratique et Populaire.

Fait à Alger, le 09 janvier 1994

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Mohamed Seghir BABES**

**Arrêté interministériel du 22 octobre 1988 portant fixation forfaitaire du prix de journée d'hospitalisation des prestations d'hôtellerie et de restauration dans les cliniques privées et du tarif remboursable par la sécurité sociale.**

Le ministre de la santé publique,  
 Le ministre du travail et des affaires sociales et  
 Le ministre du commerce,  
 Vu l'ordonnance n° 75-37 du 29 avril 1975 relative aux prix et à la répression des infractions à la réglementation des prix ;  
 Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales ;  
 Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;  
 Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée par la loi n° 88-15 du 3 mai 1988 ;  
 Vu le décret n° 82-95 du 20 février 1982 fixant les tarifs officiels d'actes médicaux et paramédicaux et servant de base pour le remboursement aux assurés sociaux ;  
 Vu le décret n° 84-27 du 11 février 1984 fixant les modalités d'application de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales ;  
 Vu le décret n° 84-28 du 11 février 1984 fixant les modalités d'application des titres III, IV et VIII de la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983  
 Vu le décret n° 85-283 du 12 novembre 1985 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux ;  
 Vu le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées ;  
 Vu l'arrêté du 1<sup>er</sup> juin 1972 créant des commissions pour le classement des unités de soins à caractère privé ou dépendant d'organismes publics ou privés et définissant les critères de classement de ces unités ;  
 Vu l'arrêté du 26 juillet 1972 portant classement des unités de soins à caractère privé ou dépendant d'organismes publics ou privés ;  
 Vu l'arrêté du 22 octobre 1988 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement des cliniques privées.

**Arrêtent:**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le prix de journée d'hospitalisation dans les cliniques privées est fixé forfaitairement selon la nature des soins dispensés comme suit :

Chirurgie et spécialités chirurgicales	164 DA
Médecine et spécialités médicales	98 DA

**Article 2 :** Le prix de journée d'hospitalisation fixé à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus comprend les frais d'utilisation de la salle d'opération ou de la salle de travail, du matériel, du personnel paramédical, technique et de service de l'établissement ainsi que toutes fournitures usuelles de pansements et de pharmacie nécessaires aux soins du malade.

**Article 3 :** Ne sont pas compris dans le prix de journée d'hospitalisation fixé à l'article 1<sup>er</sup>, les frais concernant :

- 1- les actes des praticiens médicaux,
- 2- les actes d'exploration et d'analyse,
- 3- les fournitures d'appareils orthopédiques :
- 4- les produits pharmaceutiques suivants :
  - \* les médicaments anti-cancéreux,
  - \* les produits sanguins et les succédanés,
  - \* les anti-fibrinolytiques,
- 5- la restauration et l'hôtellerie.

**Article 4 :** Le prix de journée d'hospitalisation prévu à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus ainsi que les frais relatifs aux actes, fournitures et produits prévus au 1, 2, 3 et 4 de l'article 3 ci-dessus sont remboursés dans les conditions et les taux prévus par la législation et la réglementation en vigueur en matière de sécurité sociale.

**Article 5 :** Les frais relatifs à la restauration et à la l'hôtellerie sont fixés, par catégorie de chambre, comme suit :

Chambres	Hors Catégorie	1 <sup>ère</sup> Catégorie	2 <sup>ème</sup> Catégorie	3 <sup>ème</sup> Catégorie
Montant journalier	300 DA	200 DA	150 DA	100 DA

Dans les chambres hors catégorie, il peut être installé un lit pour accompagnant, les frais afférents à la restauration et à l'hôtellerie de l'accompagnant sont fixés forfaitairement à 100 DA par jour. Toutefois, lorsque la présence de la mère auprès de son enfant est liée à une décision médicale, il ne peut être exigé des frais au titre de l'accompagnant.

Les catégories de chambres doivent répondre aux conditions minimales prévues à l'annexe du présent arrêté.

**Article 6 :** Le montant remboursable par la sécurité sociale sur les frais prévus à l'article 5 ci-dessus est fixé à 50 DA par malade et par jour quelque soit la catégorie de chambre.

**Article 7 :** Les tarifs des prestations, objet du présent arrêté, doivent être affichés à la vue du public dans tous les établissements concernés.

**Article 8 :** Toutes dispositions contraires au présent arrêté, notamment celles des arrêtés du 1<sup>er</sup> juin 1972 et du 26 juillet 1972 sont abrogées.

**Article 9 :** Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 22 octobre 1988.

P. le ministre  
 de la santé publique,  
 Le secrétaire général

P. le ministre  
 du travail et de affaires sociales  
 Le secrétaire général

**Nouredine KADRA**

**Mohamed Salah DEMBRI**

Le ministre du commerce  
**Mohand Amokrane CHERIFI**

**ANNEXE**  
**CHAMBRE HORS CATEGORIE**

- 1 lit pour le malade et éventuellement 1 lit pour l'accompagnant,
- cabinet de toilette avec équipement sanitaire de 1<sup>ère</sup> qualité,
- eau chaude et froide et douche,
- chauffage central et air conditionné,
- triple éclairage,
- ambiance,
- lecture,
- veilleuse,
- téléviseur,
- téléphone,
- distribution d'oxygène par branchement sur système central,
- installation pour le vide,
- sonnerie d'appel lumineux et acoustique,
- mobilier, lingerie et couverts de 1<sup>ère</sup> qualité,
- dispositions permettant de servir dans les chambres des repas chauds,
- 1 placard pour effets personnels du malade.

**CHAMBRE 1<sup>ère</sup> CATEGORIE**

- chambre à deux lits,
- 1 cabinet de toilette avec équipement sanitaire de 1<sup>ère</sup> qualité avec eau courante chaude et froide,
- chauffage central,
- triple éclairage,
- ambiance,
- lecture,
- veilleuse,
- téléphone,
- distribution d'oxygène par branchement sur système central,
- sonnerie d'appel lumineux et acoustique,
- mobiliers, lingerie et couverts de 1<sup>ère</sup> qualité,
- dispositions permettant de servir dans les chambres des repas chauds,
- 1 placard pour chaque malade pour effets personnels.

**CHAMBRE 2<sup>ème</sup> CATEGORIE**

- chambre à 3 lits,
- 1 lavabo par chambre avec eau courante chaude et froide,
- bidet individuel,
- chauffage central,
- sonnerie d'appel à portée de chaque lit,
- éclairage électrique, avec veilleuse pour la nuit,
- possibilité d'oxygénothérapie,
- mobiliers, lingerie et couverts de bonne qualité,
- 1 placard pour chaque malade pour effets personnels,
- dispositions permettant de servir dans les chambres des repas chauds.

**CHAMBRE 3<sup>ème</sup> CATEGORIE**

- chambre à 4 lits,
- 1 lavabo par chambre avec eau courante chaude et froide,
- bidet individuel,
- chauffage central,
- sonnerie d'appel à portée de chaque lit,
- éclairage électrique avec veilleuse pour la nuit,
- possibilité d'oxygénothérapie,
- mobiliers, lingerie et couverts de bonne qualité,
- 1 placard pour chaque malade pour effets personnels,
- dispositions permettant de servir dans les chambres des repas chauds.

**Annexe à la circulaire n°70/MSP/DNOSS/SDEAPS/du 15/02/1993 fixant les conditions techniques pour l'agrément des projets de réalisation de Cliniques Privées**

Ce document est élaboré pour servir de guide et de référence à toute réalisation d'un projet de clinique chirurgicale. Il comporte les recommandations élémentaires pour l'organisation des services des installations techniques et les normes de circulation en prévention aux risques de l'infection hospitalière et à la sécurité du malade.

Les prescriptions apportées dans cette annexe viennent compléter l'arrêté interministériel du 22 octobre 1988 qui fixe à priori dans ses chapitres I et II les normes techniques sanitaires et les conditions de fonctionnement.

Principes d'organisation des services

Toute clinique doit, pour assurer un bon fonctionnement disposer des services suivants :

Service de consultations,

Service d'exploration et d'exams,

Service des urgences locales,

Service d'hospitalisation ou hébergement,

Service de chirurgie et (d'accouchement pour clinique gynéco-obstétrique),

Service des moyens généraux et d'administration,

Une circulation hospitalière répondant aux conditions d'hygiène et de sécurité pour le personnel et le malade.

Chaque service devra répondre à l'organisation définie ci-après :

1.1. Service d'accueil et de consultation :

Comme il est de tradition dans les établissements sanitaires publics et privés, ce service permet d'accueillir, d'orienter et d'examiner le malade dans les meilleures conditions.

Il comprend :

Un hall d'entrée

Accueil et orientation - standard téléphonique

Attente hommes

Attente femmes

Cabinet de consultations en proportion aux spécialités et à la capacité de la clinique ainsi que pour les attentes

Des sanitaires hommes à 1 pour 10 personnes

Des sanitaires femmes à 1 pour 10 personnes

Un local de stockage pharmaceutique

Bureaux d'Administration

Circulation consultation.

La surface optimale pour un cabinet de consultation permettant au médecin d'accueillir le malade, de l'examiner et de lui prescrire un traitement dans de bonnes conditions est de 12 à 15 m<sup>2</sup>.

Tout cabinet de consultation doit comporter au moins :

Un lavabo

Un local pharmaceutique comprenant des rangements et un réfrigérateur

1.2. Service d'exploration :

Ce service permet d'établir le diagnostic du malade, et le suivi de l'évolution de son état de santé.

Il comprend :

1.2.1. Laboratoire :

\* Pour les examens préliminaires

\* Des laboratoires d'option (stomatologie sémiologie) etc. éventuellement :

Les laboratoires sont aménagés dans les locaux destinés exclusivement à cet effet. Ils doivent être largement ventilés.

Tout laboratoire doit disposer d'un poste de douche.

Il est préférable de les implanter sur un même niveau que les éléments médicaux du plateau technique.

Les paillasse doivent avoir une profondeur de 60 cm avec bac-évier intégrés et rangements sous-paillasse.

Les revêtements ainsi que les joints entre les carreaux, doivent être réalisés avec des matériaux résistants aux acides, et aux agents chimiques.

Il est de même pour les cuves et les cuvettes.

La robinetterie doit être spéciale "Laboratoire" fixée au mur, avec protection par plastification anti-acide.

L'alimentation sera uniquement en eau froide.

Quant le service d'examen et d'exploration est doté de plusieurs appareils de radiologie et laboratoires spécialisés, il y'a lieu de prévoir des espaces d'attente propres à ce service.

1.2.2. Radiologie :

Conformément à l'article 21 qui prévoit pour toute clinique, une installation fixe de radiodiagnostic réalisée conformément aux normes de protection contre les rayonnements ionisants. Les catégories de radiologie concernées sont :

Catégorie A : Radioscopie seulement

Catégorie B - C : La radioscopie - Radiographie des membres organes thoraciques, des parties molles et de l'ensemble du squelette.

Catégorie D : Ensemble des actes de radiodiagnostic

Catégorie E : Radiographie des dents et des arcades dentaires.

Catégorie F : Radiophotographie exclusivement.

Voici quelques indications pour la projection - les réserves techniques dépendront bien évidemment de la référence du matériel à acquérir.

Catégorie B et C : Elle comporte un générateur de rayon X dont les caractéristiques permettent :

En radioscopie : 60 à 90 KV et 0 à 5 m A

En radiographie : 60 à 100 KV et 15 à 200 m A

Radiographie pulmonaire : 100 KV et 100 m A.

La superficie minimale exigée pour la salle est de 25 m<sup>2</sup>.

(déchabillloirs et chambres de développement non compris) ;

Protection anti X - Plafond - Parois latérales.

Alimentation électrique monophasée 220 ou 380 V avec puissance 10 KVA instantanée.

En salle de chirurgie, les raccordements sont effectués par prise de courant de type 32 ampères ; mais il faudra veiller à ce que ce raccordement réseau ne dépasse pas une résistance apparente de 0,1 Ohm.

Catégorie D : Pour ce type d'appareils, les installations comportent un générateur à rayon X dont les caractéristiques permettent :

En radioscopie : 60 à 90 KV et 0 à 5 m A.

En radiographie : 100 KV et 200 m A ou plus.

Pour la commodité de l'installation et en raison de l'encombrement du matériel, il est conseillé d'adopter des surfaces de l'ordre de 30 à 40 m<sup>2</sup>. Il existe 2 groupes d'installation de salles :

Les salles dites de "radiodiagnostic général" destinées aux examens viscéraux, pulmonaires, osseux, tomographiques, craniographiques peuvent avoir les mêmes volumes et les mêmes locaux satellites.

Les salles dites de "radiodiagnostic spécialisées" réservées aux examens vasculaires ou neurologiques nécessitent des surfaces supérieures et des locaux annexes différents.

Catégorie F : Radiographie

Les caractéristiques des générateurs à rayons X dans cette catégorie ne sont pas réglementées d'une façon générale. Ces générateurs sont choisis dans la gamme de la catégorie D - C à D supérieur à 200 m A. L'alimentation électrique : monophasé 220 ou 380 V.

Puissance : 20 KVA instantanée, elle peut être réduite à 1 KVA si le générateur est "à condensateur".

Dispositions Architecturales :

Toute salle destinée à la radiologie doit comporter un cabinet de déshabillage servant de sas d'entrée et de sortie.

Une chambre noire et une chambre claire.

La surcharge d'exploitation est de 500 kg/m<sup>2</sup>.

Le service de radiologie est implanté de manière à permettre l'accès rapide à partir du bloc opératoire pour les personnes transportées. Il est isolé du service d'hospitalisation et d'hébergement.

En tout état de cause, la porte devra permettre l'accès d'un lit à la salle.

La hauteur minimale pour toute salle de radiodiagnostic est de 3 m.

Le cabinet de déshabillage doit avoir une surface minimale de 1 m<sup>2</sup>.

De façon générale, nous rencontrons 2 ou 3 déshabilleurs par salle de radiologie.

Pour les salles d'examen de l'appareil digestif et urinaire, la salle sera équipée entre autre d'un lavabo et d'un WC au côté du déshabilleur.

La sécurité de la radioprotection et régie par :

Le Décret n° 88-54 du 22 Mars 1988, portant création d'un centre radioprotection et de sûreté.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les méthodes de contrôle en matière d'utilisation des sources radioactives, et des appareils émettant des rayonnements ionisants.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les limites de doses annuelles d'exposition aux rayonnements ionisants.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 précisant les conditions d'utilisation des dosimètres individuels destinés au contrôle des équivalents de doses reçus par les travailleurs soumis aux risques d'exposition externe.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant la délimitation et la signalisation particulière des zones réglementaires et interdites.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 portant classification des principes radionucléaires.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les limites dérivées de concentration dans l'air et les limites d'incorporation annuelles ainsi que les valeurs de facteurs de qualité et de délit de fluence des neutrons.

Arrêté du 10 février 1988 fixant les modalités de détention et d'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants à des fins médicales.

Décret n°86-132 du 27 mai 1986 fixant les règles de protection des travailleurs contre les risques de rayonnements ionisants ainsi que celles relatives au contrôle de la détention et de l'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants.

1.3. Le service des urgences :

Conformément à l'article n°38 de l'arrêté interministériel du 22 octobre 1988, où toute clinique assure un service de garde quotidienne interne pour les urgences locales.

Il doit permettre la prise en charge du malade, l'accueillir, l'examiner, le réanimer en cas de besoins et le mettre sous observation pour suivre l'évolution de son état de santé.

Son organisation doit tenir compte des recommandations suivantes :

Il est placé à un niveau accessible de plein pied par voie mécanique

Il doit posséder un accès ambulance indépendant de l'accès principal.

Etre à proximité du monte-malade qui relie l'urgence au bloc opératoire quand ce dernier se trouve dans un étage supérieur.

Etre sur un même niveau que les services médicaux, de radiologie et du laboratoire pour bénéficier des prestations de ces derniers.

Il est généralement composé :

d'une salle pour l'accueil et l'examen du malade ou salle de décochage dotée de moyens de réanimation.

Une salle d'observation pouvant contenir deux lits.

Une salle où peuvent être pratiqués les soins, le pansement et le plâtre.

Elle doit contenir des civières construites avec un matériau susceptible de laisser passer les rayons X, permettant d'effectuer le massage cardiaque et la mise du patient en position TRENDELENBURG.

Possibilité d'oxygénothérapie, et de respiration artificielle.

Possibilité d'aspiration et de drainage.

Possibilité de réanimation cardiaque.

Possibilité de réanimation et de thérapeutique anti-choc.

L'équipement médical nécessaire au diagnostic d'urgence.

La permanence médicale doit être assurée par un médecin ayant au moins deux ans de formation dans une des spécialités suivantes :

Médecine-Interne, Chirurgie ou Anesthésie et Réanimation.

1.4. Service d'hospitalisation et d'hébergement

Principes d'organisation du service d'hospitalisation :

La capacité de la clinique est dictée par l'article 5 du décret n°88-204 du 18 octobre 1988.

Les locaux à destination de chambres doivent avoir un sol imperméable, lavable à grande eau et aux désinfectants. Les murs et les cloisons sont enduits d'une peinture lavable, claire de préférence, le papier est exclu, à moins qu'il ne soit aussi lavable que la peinture elle-même.

Aucune chambre destinée à l'hospitalisation de malade ou à la maternité ne peut être installée dans un sous-sol ou un demi sous-sol.

Les chambres d'hospitalisation doivent disposer d'une insolation suffisante égale à 2 heures par jour aux solstices d'hivers. Les ouvertures donnant complètement vers le nord sont à éviter.

Les lits seront métalliques munis d'une literie complète en bon état, ils seront disposés de préférence parallèlement aux façades.

Chaque lit doit être accessible des trois côtés (60 cm d'écart entre le dernier lit et le mur).

L'écart entre deux lits ne peut être inférieur à 1 m - celui du pied du lit au mur opposé de 1m 30 à 1m 80.

Le nombre de lits dans une même chambre ne peut excéder deux lits.

Les couloirs au niveau des services d'hospitalisation doivent être d'une largeur de 1m 80 au minimum, les portes larges de 1m10 afin de faciliter le passage d'un malade transporté sur chariot roulant, sur brancard à porteur, ou sur lit roulant.

Lorsque la clinique assure l'hospitalisation des deux sexes, les deux services doivent être séparés.

Les fenêtres doivent être dépourvues de doubles rideaux, et le sol de tous tapis pour éviter la prolifération de microbes.

Le confort acoustique nécessaire pour la chambre de malade est de 33 dB (A).

Toute clinique doit disposer de deux chambres individuelles par quinze (15) lits pour l'isolement du malade en cas de contagion. Ces chambres disposant d'équipements sanitaires sont regroupées à l'extrémité du service pour faciliter l'isolement.

Les chambres auront une profondeur qui n'excède pas deux fois et demi la hauteur sous-linteau des fenêtres.



Chaque chambre doit :

Avoir une longueur de 6,60 m et une largeur de 3,60 m (entre axe).

Etre éclairée par des fenêtres dont la surface ouvrante est au moins égale au sixième de la surface de la chambre. Cependant, pour les cliniques implantées dans les régions chaudes du pays (Sud). Les ouvertures doivent obéir aux prescriptions d'urbanisme qui régissent la région.

Posséder une aération permanente conçue de manière à fonctionner en toute saison sans occasionner de gêne aux malades.

Etre équipée de chauffage central.

Comporter un équipement sanitaire comprenant un WC et un lavabo occupant une surface nette de 1,50 m x 1,50 m, deux rangements encastrés. L'ensemble est situé à l'entrée de la chambre.

Etre dotée de l'éclairage électrique encastré dans des gaines tête de lit avec possibilité de mise en veilleuse pendant la nuit.

Etre équipée d'un système permettant d'alerter le personnel de service à partir de chaque lit (appel malade).

Chaque service d'hospitalisation doit comporter un office pour la distribution des repas chauds dans les chambres.

Il doit également disposer d'un local infirmerie pour les soins et la surveillance des malades. Celle-ci, recevra tous les appels malades sur un tableau visuel et sonore.

Quand la clinique assure l'activité obstétricale, celle-ci doit être aménagée dans un service séparé comportant :

Une biberonnerie dans un local destiné exclusivement à cet effet.

Une nurserie où sera éventuellement placé un incubateur.

Un petit local de lingerie permettant le stockage et la distribution du linge propre.

Les superficies accordées pour chaque lit selon la spécialité sont :

10 m<sup>2</sup> pour un lit de chirurgie

12 m<sup>2</sup> pour un lit de maternité avec berceau

14 à 16 m<sup>2</sup> pour un lit de réanimation et réveil

7 à 8 m<sup>2</sup> pour un lit d'hospitalisation médicale (médecine interne, pédiatrie... etc.).

*Annexe : Aménagement des chambres - Arrêté du 22 octobre 1988*

#### **Chambres hors catégories :**

1 lit pour le malade et éventuellement 1 lit pour l'accompagnant.

Cabinet de toilette avec équipement sanitaire de première qualité.

Eau chaude et eau froide.

Chauffage central et air conditionné.

Triple éclairage sur gaine tête de lit.

Téléviseur.

Téléphone.

Distribution d'oxygène par branchement sur système central.

Installation pour le vide.

Sonnerie d'appel lumineuse et acoustique.

Mobilier - Lingerie et couvert de première qualité.

Disposition permettant de servir les repas chauds dans les chambres.

Un placard pour les effets personnels du malade.

#### **Chambre 1<sup>ère</sup> catégorie :**

Une chambre à deux lits.

Un cabinet de toilettes avec équipement sanitaire de 1<sup>ère</sup> qualité eau chaude et froide.

Chauffage central.

Triple éclairage sur gaine tête de lit.

Téléviseur.

Téléphone.

Distribution d'oxygène par branchement sur système central

Sonnerie d'appels lumineuse et acoustiques.

Mobiliers, lingerie et couvert de 1<sup>ère</sup> qualité.

Un placard pour chaque malade pour effets personnels.

Dispositions permettant de servir les repas chauds dans les chambres.

*N.B. : Les chambres à 3 lits et plus dans les cliniques privées ne sont plus admises.*

#### **1.5. Service de chirurgie et d'accouchement :**

##### **1.5.1. Prescription techniques du bloc opératoire :**

Toute organisation de l'activité chirurgicale doit obéir à un respect total des conditions de lutte anti-infectieuse, de la sécurité et du confort de l'opéré. Pour cela, la conception du bloc opératoire se justifie par le principe de l'asepsie progressive dont découlent les recommandations suivantes :

Le bloc opératoire (salles d'opération et annexes), doit être conçu dans une enceinte isolée et protégée du reste des services de l'ensemble hospitalier. Aménagé au rez de chaussée ou sur un autre niveau, il ne sera accessible que par le personnel du bloc.

Il est généralement organisé autour de 3 circulations :

Circulation propre sur laquelle donnent les accès aux boxes d'anesthésie, et à la salle de préparation des chirurgiens.

Circulation sale qui permet l'évacuation des déchets; du matériel souillé et du linge sale.

Circulation médicale qui dessert les bureaux et l'entrée des vestiaires.

Il y a lieu d'observer une faible distance à parcourir entre le bloc opératoire et le service de réanimation afin d'assurer une efficacité des soins intensifs.

Les sas successifs doivent permettre l'accès au bloc :

Pour le personnel : constitué par le vestiaire médical où est revêtue la tenue du bloc.

Pour le malade : Constitué par la salle de transfert ou d'anesthésie éventuellement. Cette salle doit pouvoir en outre permettre le passage de l'opéré sur le chariot du bloc (ce chariot devra être nettoyé et désinfecté après chaque usage).

Pour les chirurgiens : Constitué par le local de préparation terminale où est revêtus la tenue opératoire (ce sas peut desservir deux salles d'opération, il contiendra le lave-mains).

Tout bloc de chirurgie septique ou aseptique, doit être accompagné d'une salle de réveil avec deux lits et plus un lit au moins pour la réanimation. Cette salle doit être le plus possible vitrée pour améliorer la surveillance des post-opérés.

Les couloirs doivent avoir une largeur minimale de 1m 80.

Les portes des salles d'opération, des salles de réveil, et des salles d'anesthésie par où transite le malade doivent être à double battant large d'au moins 1m 30.

L'acheminement du matériel de chirurgie dans le bloc opératoire doit être obligatoirement à sens unique, afin d'éviter la contamination en retour.

Il se définit à travers un couloir situé derrière les salles d'opérations, et dont le contact avec ces dernières (les salles) se fera par des guichets comme il est indiqué au point 15. Ce couloir servira à la récupération de l'instrumentation souillée, des pansements et linges sales, il comportera également un coin où sera installé le vidoir.

Les instruments sont lavés et désinfectés dans un local propre à cet effet. Ils passent ensuite à travers un guichet dans la salle de stérilisation où est installé l'autoclave à double face. Une fois stérilisés, ils sont récupérés de l'autre côté et rangés dans un local prévu pour le stockage du matériel stérilisé, qui se trouve dans l'enceinte propre du bloc.

Prescriptions techniques pour les salles d'opération :

Toute clinique et pour toutes spécialités confondues doit disposer obligatoirement :

2 salles d'opérations pour 15 à 30 lits d'hospitalisation.

3 salles d'opérations pour 60 lits d'hospitalisation.

4 salles d'opérations pour 90 lits d'hospitalisation.

La salle d'opération aura une forme carrée.

La surface minimale pour les salles d'opérations septique ou aseptique doit être de  $36 \text{ m}^2 = 6 \text{ m} \times 6 \text{ m}$  minimum + ou - 02%. Toute salle inférieure à cette dimension se verra refusé l'agrément.

La superficie minimale pour des salles d'opération orthopédique, de cardio-vasculaire, et de neurologie doit être de  $45 \text{ m}^2$ .

Aucune fenêtre n'est admise dans la salle opératoire.

La hauteur nette sous-plafond pour le bloc doit être de 2m 80 à 3 m fini pour l'éclairage opératoire.

Les revêtements verticaux des locaux d'un bloc opératoire sont réalisés avec des matériaux de grandes surface afin d'éviter les joints. Ils doivent être lisses, résistants aux agents chimiques utilisés pour la désinfection, étanches et ne brûlent pas, ne dégagent pas de fumée en cas d'incendie. Le plâtre et le carrelage ne sont pas admis. Ces revêtements sont réalisés à base de :

Application d'un enduit polyuréthane.

Ponçage.

Application de deux couches de peinture émail alkyde résistant à l'alcool et lessivable.

Les murs et les sols ne doivent pas comporter de joints.

Les angles des murs doivent être arrondis dans les salles d'opérations.

L'enduit peinture doit être cellulosique, de couleur préférable bleu ou vert mat.

Les faux plafonds, quand ils sont réalisés doivent être lisses, étanches, résistants et de faibles transmissions acoustiques.

Les revêtements de sol antistatique doivent être résistants à l'eau, et aux agents chimiques, avoir une surface antidérapante, un comportement suffisant à l'usure et une qualité de confort correcte avec une résistivité de  $500.000 \text{ OHMS}$ .

L'ambiance sonore intérieure des salles d'opération est de 38 dB (A) avec une tolérance de mesure de  $\pm 2 \text{ dB}$ .

Des guichets doivent être prévus dans la salle d'opération pour l'évacuation du matériel sur le couloir technique côté sale. De préférence, ces guichets seront réalisés à double portillon, de façon à jouer le rôle de sas. Chaque salle d'opération sera pourvue de deux guichets.

Le premier : réservé aux instruments de  $60 \times 60 \text{ cm}$  la partie basse, et située à  $\pm 90 \text{ cm}$  du sol fini.

Le second : situé en bas, et recevra les sacs fermés de linge, déchets et autres.

Les armoires de rangements ne sont pas conseillées dans les salles d'opérations, il est plus intéressant de prévoir des surfaces pour ces rangements à l'extérieur de la salle d'opération mais non éloignées de cette dernière.

Il est très recommandé d'organiser et de distinguer les zones d'asepsie progressive par des symboles couleurs :

Rouge Sale

Jaune Infecté

Vert Propre

Bleu Stérile

Ainsi que l'enlèvement des linges et autres déchets à incinérer et mettre dans ses sacs portant la même couleur que celle énoncée ci-dessus.

Règles de sécurité pour l'installation technique d'électricité fluides - climatisation et éclairage dans le bloc : a avoir avec rigueur.

17.1. Ventilation – Climatisation : La ventilation de la salle d'opération est fondamentalement asservie aux problèmes soulevés par l'aérobio-contamination. Les aspects impliqués sont :

La filtration de l'air

Le renouvellement de l'air

Le recyclage.

Pendant toute la durée des séances opératoires, l'atmosphère des salles d'opération et des salles d'anesthésie doit recevoir un apport d'air neuf ou partiellement recyclé au régime minimal de douze fois par heure le volume de chaque salle avec un minimum de  $50 \text{ m}^3$  par heure, par personne susceptible d'être présente dans la salle. Ce régime ne doit jamais dépasser le seuil de quinze (15) fois le volume de la salle. L'apport d'air recyclé doit être prélevé uniquement dans la salle traitée.

Le renouvellement d'air est obtenu avec un appareil à ventilation sous UV et filtre absolu de 0,5 U, un recyclage d'air et un degré hygrométrique par vapeur de 50 à 60% sous une température de  $21^\circ\text{C} + \text{ou} -1^\circ$ . Rappelons qu'en ce qui concerne les établissements hospitaliers installés dans les régions chaudes du pays (Sud) ou les variations de températures sont très élevées. Il est recommandé de prendre les dispositions nécessaires dès conception du bloc opératoire pour assurer des paliers de températures suffisants entre celle de l'extérieur de l'ordre de  $45^\circ$  et  $50^\circ$ , et celle du bloc de  $21^\circ$  afin d'éviter les chocs thermiques.

Les gaines de soufflage sont de type plafonnier réalisées à 30 cm au dessous du plafond, alors que celles prévues pour la récupération se situent à 30 cm en dessus du sol.

Pour des raisons d'hygiène, les radiateurs ne sont pas admis dans les salles d'opération. Ils sont toujours installés dans les locaux annexes.

17.2. Electricité et sécurité électrique du malade et des chirurgiens :

Ce qui particularise l'installation électrique d'un bloc opératoire, ce sont les dispositions de sécurité, et de prévention dont il doit être équipé pour éviter d'être à l'origine d'explosion, d'électrocution, de parasite; et lui permettre de poursuivre l'essentiel de son action dans diverses hypothèses de pannes courantes. De ce fait, toutes les prises électriques doivent être reliées à une terre électrique.

Le sol antistatique quand à lui; est relié à la terre mécanique du bâtiment et l'ensemble est raccordé à l'armoire de protection des équipements du bloc opératoire laquelle est composée de :

Un disjoncteur de 60 A

Un transformateur d'isolement de 10 KVA

Une protection individualisée pour chaque appareil en fonction de l'ampérage

Un disjoncteur différentiel de 30 A pour prise antidéflagrante

Un contrôleur vigile Ohm pour les défauts de terre avec voyant et signal sonore

Une barrette de terre de 500 Ohm.

Eclairage de secours :

Afin de palier à toutes éventualités et afin d'assurer toute la sécurité aux malades; une clinique doit être dotée de deux groupes électrogènes de secours d'une puissance suffisante afin d'alimenter toute la clinique en courant alternatif.

Ces groupes électrogènes doivent être reliés de façon à ce que le premier se déclenche quand une coupure de courant du secteur intervient. Et le deuxième groupe se déclenche si le 1er groupe électrogène est défaillant. Ce genre d'équipement nécessite énormément d'entretien, afin d'être efficace lors des coupures d'électricité.

Il est recommandé de les faire tourner à vide une fois par semaine pendant 1/2 heure. En additif à ces deux groupes électrogènes, un éclairage de secours opératoire d'une autonomie de deux heures (Scialytique à batterie) est obligatoire.

A l'intérieur de la salle :

Sur le mur côté unité technique, seront réalisés à 30 cm du sol, et dans l'axe de la salle trois prises antidéflagrante :

deux prises de 16 A



une prise de 32 A.

Sur le mur opposé, et toujours dans l'axe de la salle à 30 cm du sol sont installées trois prises électriques normales : deux prises de 16 A

une prise de 32 A.

Aucune canalisation étrangère au service opératoire (d'électricité de chauffage, de fluides ... etc.) ne doit le traverser.

Les courants faibles :

Téléphone

Alarme technique

Interphone (recherche personne avec installation d'un émetteur V.H.F).

Musique sonorisation en option

Pendule murale

Télévision

Appel malade.

Toute autre mesure est assujettie à une étude spécialisée.

17.3. L'éclairage : Les besoins de la salle d'opération sont de deux types :

L'éclairage du champ opératoire

L'éclairage d'ambiance.

L'éclairage opératoire :

La lampe opératoire est une des pièces fondamentales de l'équipement de la salle. Le modèle le plus courant est celui du Scialytique situé dans l'axe de la salle et ayant une luminosité de 100.000 lux à 130.000 lux. La résistance du plafond est subordonnée au poids du Scialytique, ex : pour un poids brut de 190 kg il faut une résistance au plafond de 350 kg/m<sup>2</sup>.

La prise de courant alimentant la radio mobile doit être située à plus de 1 m 60 du sol et comportant l'inscription : "réservée exclusivement à l'appareil de radiologie".

L'éclairage d'ambiance :

L'éclairage d'ambiance de la salle d'opération doit permettre au chirurgien qui lève les yeux du champ opératoire, d'observer le plateau d'instruments, de lire une mesure sur un cadran... etc. En général, l'intensité du flux lumineux est de 1.000 à 10.000 lux.

17.4. Fluides médicaux :

La pression de l'air comprimé dans les réseaux du bloc opératoire est de 3,5 à 4,5 bars. On prévoit entre autre, une évacuation de gaz anesthésiant le local pour éviter les risques des malformations congénitales pour les anesthésistes travaillant dans le bloc.

17.5. Principe d'aménagement d'un bloc accouchement :

Pour les cliniques qui assurent l'activité obstétricale, il y a lieu de tenir compte des dispositions suivantes, en complément aux articles 14-16-17-18 et 19 de l'arrêté interministériel du 22 octobre 1988.

Le bloc accouchement est généralement implanté au rez de chaussée, dans des locaux complètement séparés des autres services de la clinique.

Il est pourvu d'un accès indépendant qui peut être des urgences, les familles seront dirigées à partir de l'entrée vers les salles d'attentes.

Il est disposé à proximité du bloc opératoire pour faire face à toute éventualité.

Il est à proximité également du laboratoire.

Il disposera :

D'une salle de travail pour 15 lits

La superficie de la salle de travail est de 20 à 25 m<sup>2</sup> afin de permettre l'évolution du personnel autour de la future mère. Elle doit contenir : 2 postes de travail.

De deux chambres exceptantes de 14 m<sup>2</sup> comportant chacune un lit.

D'une observation néonatale avec boîte de réanimation ou est placé un incubateur ou une couveuse.

17.6. Services généraux :

Ils regroupent :

La cuisine.

La buanderie.

Les locaux techniques (groupe électrogène - fluides médicaux incinérateur.

Le chauffage - climatisation.

Dépôt matériel.

Dépôt poubelles.

Réserve en eau potable.

Pour des raisons d'hygiène et de bruit, il est plus intéressant de regrouper ces locaux dans un bâtiment indépendant relié à la clinique par une circulation protégée et disposant d'un vestiaire pour le personnel.

La cuisine :

La superficie est calculée à raison d'1 m<sup>2</sup> par lit d'hospitalisation. Elle est accompagnée, de chambres froide pour la conservation des produits alimentaires périssables.

Elle comportera :

Un plan de cuisson et épluchage.

Une réserve avec chambre froide.

Dépôt ordures.

Une plonge.

Si la cuisine est implantée dans le même bâtiment que la clinique, elle doit être située de manière telle que les malades n'en éprouvent pas de gêne, plus particulièrement sur le plan des odeurs. Elle doit également tenir compte des possibilités de transport.

En aucun cas, la cuisine ne peut servir de passage - vestiaire ou réfectoire.

Les murs et le plafond doivent être couverts de matériaux lavables.

L'écoulement de l'eau sur le sol doit se réaliser facilement vers des avaloirs n'émettant pas d'odeurs.

Durant le transport, les repas doivent être protégés, soit emballés soit dans des chariots fermés destinés exclusivement à cet effet.

Il ne doit pas y avoir de communication directe entre les cuisines et les toilettes.

La buanderie :

La superficie est calculée à raison d'un m<sup>2</sup> par lit.

Elle doit permettre de traiter sur 6 jours l'ensemble du linge de la clinique, la quantité du linge et de 3 kg/j/lit/.

La réception du linge sale et le circuit de distribution du linge propre doivent être soigneusement étudiés.

Elle est organisée en tenant compte des 3 zones suivantes :

Zone sale

Zone propre

Zone de couture et de stockage.

Zone sale :

machine à laver

stockage linge sale

transport interne

désinfection  
bascule de ..... kg  
des étagères murales.  
Zone propre :  
sècheuse repasseuse  
prince tournante  
chariot de linge  
pliage  
étagère murales

Zone de couture et de stockage de linge propre :  
machine à coudre  
rayonnage pour le stockage.

Chauffage - climatisation :

L'ensemble des locaux de la clinique sera chauffé par radiateurs sauf le bloc opératoire et le bloc accouchement. Ces derniers doivent être climatisés l'été et l'hiver à des températures de 20°C et 25°C + 1°C. Les prises d'air extérieur doivent être fixées le plus haut possible au dessus du niveau du sol. Le minimum recommandé est de 2,50M au dessus du sol. Les entrées d'air doivent être placées à 7,50M minimum de toute bouche d'extraction, de cheminée... ect. La hauteur minimale recommandée pour les bouches d'extraction au dessus du plancher est de 75 mm.

Chambre mortuaire :

Elle comporte au moins 1 casier contenu dans une pièce ventilée de 12 m<sup>2</sup> de surface au minimum disposant d'un poste d'eau avec écoulement. Elle doit être entre-autre isolée de la partie accessible au public, et pourvue d'une sortie donnant sur l'extérieur de la clinique.

Réserve en eau potable :

Il y a lieu de prévoir une capacité d'eau en réserve de l'ordre de 350 à 400 litres/Jour/lit d'hospitalisation.

Une circulation hospitalière obéissant aux conditions d'hygiène et de sécurité :

Toute étude ou conception d'un établissement hospitalier doit bénéficier d'une considération particulière pour les circulations internes des services :

Circulation du malade

Circulation du linge sale

Circulation du linge propre

Distribution des repas

Ramassage des détritrus

Ramassage des vaisselles usées

Circulation du matériel stérile/seringues/aiguilles... etc.

Circulation du matériel utilisé

Le transport vers la morgue

La circulation des visiteurs.

Centrale de production :

Oxygène :

Stockage de bouteilles avec rampes de branchement et dispositif inverseur assurant le passage automatique de la rampe en service à la rampe en réserve. Pression : 3,5 bars.

Vide : Réalisé à partir de deux ensembles motopompes avec réservoir tampon et tous organes de commande et de contrôle.

De pression : 700 mm/Hg.

Prise rapides double clapet avec repérage.

Air comprimé : Produit par deux groupes identiques moto-compresseurs avec réservoir, dispositifs de filtration et tous organes de commandes et de contrôle qualité SEC 4

Protoxyde d'azote Stockage de bouteilles avec rampes et dispositif inverseur analogues à ceux prévus pour l'oxygène.

Distribution : Oxygène : Réseau primaire à 8 bars, réseau secondaires à 3,5 bars, chaque piquage sur le réseau primaire rejoindra un poste de détente situé de préférence dans les bureaux de surveillants, alimentant les points d'utilisation par l'intermédiaire des réseaux secondaires. Chaque piquage alimentera 25 prises maximum.

Vide : Le collecteur primaire d'aspiration rejoindra des postes d'isolement situés de préférence dans le bureau de surveillantes, à partir desquels seront alimentés les points d'utilisation par l'intermédiaire des réseaux secondaires. Chaque piquage alimentera 25 prises maximum. De pression aux points d'utilisation 700 mm/Hg.

Air comprimé : Réseaux primaire et secondaire de conception analogues à ceux de l'oxygène. En aval de chaque poste de détente, il faut une filtration supplémentaire ramenant l'air distribué à chaque prise, à une qualité de type SEC 4.

Pression 6 à 7 bars pour le bloc opératoire 3,5 à 4,5 bars pour les autres locaux en fonction de l'appareillage.

Protoxyde d'azote : Réseaux primaire et secondaire de conception analogue à ceux de l'oxygène pression 3,5 bars, débit 15 litres/mn.

#### Annexe

#### Quelques indications supplémentaires

Revêtement antistatique :

Le sol doit comporter un grillage métallique en feuilles de cuivres reliées par un conducteur de protection à l'ensemble équipotentiel. La résistance du sol mesurée doit être inférieure à 500.000 Ohms, il est réalisé par un organisme agréée.

Le monte-malade :

La circulation verticale avec le bloc opératoire s'effectue par l'intermédiaire d'un monte-malade équipé d'une remise à rez de chaussée automatique afin de parier à toute urgence éventuelle.

Il aura la caractéristique d'avoir :

Une charge minimale de 1250 kg

Une vitesse de 0,4 à 0,5 m/s

Dimensions minimales de la gaine de 2m 10 x 2m 80.

L'incinérateur :

Il est installé dans un local situé à proximité de la chaufferie avec une capacité horaire de destruction définie en proportion à l'activité chirurgicale. La cheminée doit être surélevée afin de ne pas intoxiquer les malades et les voisins. Il comporte un four avec une chambre de combustion et post-combustion entièrement briquetées. Le dépoussiérage se fera par voie sèche.

L'appel malade : le fonctionnement normal :

Le malade appelle en appuyant sur la poire tête de lit ce qui provoque :

Le clignotement lent du voyant du bloc de porte de sa chambre, du hublot rouge du couloir à côté de la porte de sa chambre, des hublots de balisage et du voyant rouge correspondant à sa chambre du pupitre de la salle de garde.

L'émission d'un signal sonore au pupitre de la salle de garde.

Le clignotement des voyants de présence infirmière des blocs portes et des hublots de couloir dans la salle en présence infirmière.

L'infirmière répond au appuyant sur le poussoir de tranquillisation du pupitre de la salle de garde ce qui provoque :

Le passage en feu fixe des voyants rouges, bloc de porte de sa chambre, un hublot rouge du couloir à côté de la porte de sa chambre des hublots de balisage et du voyant rouge correspondant à sa chambre au pupitre de la salle de garde.

L'infirmière appelée, entrant dans la chambre appelante, actionne l'interrupteur de bloc porte, ce qui provoque :

L'extinction des voyants rouges, bloc porte de sa chambre, du hublot de balisage et du voyant correspondant à sa chambre au pupitre de la salle de garde.

L'allumage des voyants blanc (présence), du bloc porte de chambre hublot blanc du couloir à côté de la porte de la chambre, des hublots de balisage et du voyant correspondant à la chambre au pupitre de la salle de garde.

Le passage en feu fixe des voyants blancs (présence), du bloc porte des chambres et des hublots de circulation en présence infirmière.

L'infirmière en sortant de la chambre appelante actionne une deuxième fois le bouton du bloc porte, ce qui a pour effet d'annuler la signalisation.

En cas d'urgence l'émission sonore est à cadence rapide.

Spécifications - Technique des fluides médicaux :

Les réseaux primaires et secondaires de tous les fluides médicaux seront en tubes cuivre qualité "gaz purs" ou " frigorifique" assemblés par brassage à l'argent.

Robinetterie normalisée adaptée à la nature du gaz véhiculé.

Prises normalisées à double clapet de retenue et raccord rapide.

Repérage des tuyauteries aux teintes conventionnelles.

Quelques références pour le concepteur :

Les surcharges d'exploitation pour une clinique (statiques et dynamiques en Kg par m<sup>2</sup> de surface.

DTR - BC 22.

Sécurité incendie

Décret n°76-36 du 20/02/1976, relatif à la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

Type "U" 4<sup>ème</sup> catégorie.

Destinataires :

Mrs les walis  
Mrs les Directeurs de la Santé et de la Population

**Objet :** A/S "**Clinique ou Maisons d'accouchements**"

Références :

Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, modifié et complété.

Arrêté du 22 octobre Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture 1988 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement des cliniques privées.

Arrêté n°02 du 09 janvier 1994 portant modalités d'application de l'article 15 du Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées.

Pièces- jointes : Un arrêté

Le Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 modifié et complété cité en référence, stipule en son article 15 que "les cliniques privées dûment autorisées à exercer avant la date de la publication du présent arrêté sont tenues de se conformer aux normes et conditions fixées par le présent décret et ce, avant le 31 décembre 1993".

En application des dispositions précitées, le principe, ainsi posé, est que toutes les cliniques dûment autorisées à exercer avant le 19 octobre 1988 qui n'ont pas fait l'objet de reconversion, doivent être fermées.

Cependant, mon attention a été attirée sur les problèmes concernant les maisons d'accouchement, à la suite des recours introduits par les exploitantes sages-femmes de ces structures.

Après étude, un arrêté a été élaboré afin de pouvoir répondre aux sollicitations introduites par les sages-femmes exploitantes de ces "maisons d'accouchement", tout en veillant à être en conformité avec la réglementation en vigueur et à créer les conditions les plus propices à assurer la sécurité des malades.

Ainsi, les modalités d'application prévues dans cet arrêté sont :

Pour les "maisons d'accouchement" qui sont conformes aux conditions telles que fixées dans l'arrêté n°02 du 09 janvier 1994 susvisé : celles-ci doivent faire l'objet d'une décision d'agrément délivrée par la Direction de la Santé et de la Protection Sociale de la wilaya après avis de la commission instituée à cet effet.

Ces structures deviennent cliniques d'accouchements et constituées en établissements en voies d'extinction. Celles-ci feront l'objet d'une fermeture définitive, dès que les exploitantes, titulaires de l'autorisation d'ouverture ou d'agrément, cesseront leurs activités.

En ce qui concerne les "maisons d'accouchement" qui ne peuvent se reconvertir conformément aux conditions et normes techniques et sanitaires telles que fixées par l'arrêté n°02 précité cité référence, les décisions y afférentes doivent être prises : leurs reconversions en cabinets de soins et de consultations. Une commission composée des représentants du Ministère de la Santé et de la Population - DNOSS- et de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale de la wilaya concernée statuera sur ces dossiers.

Vous voudrez bien préparer les dossiers y afférents afin de procéder à l'examen par ces dites commissions, à compter du 19 mars 1994.

Un planning vous sera transmis en temps opportun.

Je vous prie de me faire connaître toute difficulté d'application de ces présentes dispositions.

Le Directeur de la Normalisation et de l'Organisation du Système de Santé

Signé : **Pr. M. BENKALFAT**

**Circulaire N°614/MSP/DNOSS/SDEAPS du 06 août 1995 modifiée et complétée**

**Destinataires :**

Mrs les walis (cabinet) "pour information"  
Mrs les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale "Pour exécution"

**Objet :** Procédure en matière de délivrance d'autorisation de réalisation et d'ouverture de cliniques privées.

**Références :**

Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, modifié et complété.

Circulaire n°70/MSP/DNOSS/SDEASPS du 15 février 1993 portant réglementation applicable en matière de cliniques privées.

Instruction n°318/MSP/SG du 16 novembre 1989 relative aux cliniques privées.

T.O. n°76/MSP/DNOSS/SDEASPS du 19 mai 1993.

Suite à l'évaluation de l'application des textes cités en référence et à l'exploitation des demandes émanant des Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale des wilayate, mes services sont amenés à aménager et à préciser les procédures en matière d'autorisation de réalisation et d'ouverture des cliniques privées.

La décision portant autorisation de réalisation :

Le décret exécutif n°92-380 cité en référence stipule dans son article 2 que : "la réalisation d'une clinique est subordonnée à la délivrance d'un permis par le wali, sur la base préalable d'un dossier dûment visé par les services déconcentrés concernés et comportant outre, les pièces et documents requis pour une construction, les plans et la description détaillé du projet, l'implantation envisagée, les activités et les actes prévus".

1.1. Constitution et transmission du dossier :

La composition du dossier de demande de réalisation d'une clinique privée doit être conforme à l'instruction n°318/MSP/SG du 26 novembre 1989 citée en référence.

En l'absence de la carte sanitaire, l'implantation des cliniques privées devra être déterminée en fonction du schéma de développement de la wilaya.

Après étude du dossier de clinique privée, le Directeur de la Santé et de la Protection Sociale de la wilaya, transmettra le dossier au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Direction de la Normalisation du Système de Santé, avec un avis favorable pour examen et étude.

1.2. Etude du dossier :

Les services de la Direction de la Normalisation et de l'Organisation du Système de Santé étudieront et se prononceront sur l'aspect technique et réglementaire des dossiers y relatifs.

1.3. Délivrance de la décision :

Après la saisine, avec avis favorable, de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale de la wilaya par l'Administration Centrale, la décision portant autorisation de réalisation de la clinique privée est délivrée par le wali (DSPS) ; une copie de ladite décision sera adressée à la DNOSS.

La décision portant autorisation d'ouverture et d'exploitation :

L'article 4 du 88-204 du 18 octobre 1988 cité en référence stipule que : " l'autorisation d'ouverture et de fonctionnement est délivrée par le wali, après constatation de la conformité des lieux et installation aux normes et conditions fixées par les lois et règlements en vigueur ".

2.1. La réalisation de la clinique :

Dès que la clinique est réalisée, les promoteurs doivent aviser la Direction de la Santé et de la Protection Sociale, à l'effet de constater la fin des travaux et la fonctionnalité de la clinique. Le procès-verbal de ce constat sera adressé à la DNOSS avec une demande de visite de conformité par la commission instituée à cet effet.

2.2. La visite de conformité :

La commission Ministérielle (DNOSS) se déplacera sur place pour vérifier la conformité aux plans approuvés et à la réglementation en vigueur. Un procès-verbal de cette visite sera établi et transmis à la DSPS pour application.

2.3. Délivrance de la décision :

Après la visite des lieux et l'avis favorable émis par la commission instituée à cet effet, une autorisation d'ouverture et d'exploitation sera délivrée par le wali (DSPS). Une copie de cette décision, qui devra mentionner les médecins exploitants et le directeur technique de la clinique, sera transmise à la DNOSS.

Je vous prie de bien vouloir veiller à l'application stricte des présentes instructions et vous demande de me faire connaître les difficultés éventuelles rencontrées.

Le Directeur de la Normalisation et de l'Organisation du Système de Santé

Signé : **Pr. BAGHRICHE**

**Instruction N°82/MSP/MIN du 31 août 1996  
(modifiée)**

**Destinataires :**

Messieurs les Walis (cabinet) "pour information"  
Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale "pour exécution"

**Objet :** Modalités de délivrance des décisions de réalisation, d'ouverture et d'exploitation des structures sanitaires privées.

**Références :**

Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée;  
Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisations, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, modifié et complété;  
Arrêté du 22 octobre 1988 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement des cliniques privées;  
Circulaire n°641/MSP/DNOSS/SDEASPS du 06 août 1995 relative à la délivrance en matière de délivrance d'autorisation de réalisation et d'ouverture de cliniques privées;  
Instruction n°112 du 02 mars 1987 relative aux modalités d'installation des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, généralistes et spécialistes;  
Instruction n°177/MSP/CAB du 11 avril 1987 relative aux modalités d'installation des auxiliaires médicaux.

Suite à l'évaluation de l'application des textes cités en référence et à l'exploitation des décisions d'installation à titre privé, des professionnels de santé émanant des Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale des wilayas, mes services sont amenés à aménager et à préciser les procédures en matière d'autorisation de réalisation, d'ouverture et d'exploitation des structures sanitaires privées.

Conformément à l'article 208 bis de la loi n°85-05 du 16 février 1985, les structures sanitaires privées sont : "des cliniques, des cabinets dentaires, des officines pharmaceutiques, des cabinets de consultations et de soins, des laboratoires d'analyses médicales, d'optique médicale et de lunetterie, de prothèse dentaire".

Délivrance de la décision portant autorisation de réalisation, d'ouverture et d'exploitation d'une structure sanitaire privée :

Les décisions portant autorisation de réalisation, d'ouverture et d'exploitation des structures sanitaires privées sont, dorénavant, délivrées par le Ministre de la Santé et de la Population.

Ainsi, les dispositions en matière de déconcentration (pouvoir conféré au Directeur de la Santé et de la Protection Sociale de wilaya) concernant la délivrance des autorisations de réalisation, d'ouverture et d'exploitation des structures sanitaires privées sont rapportées. En ce qui concerne les cliniques privées, le décret modificatif y afférent est en cours d'instruction conformément aux procédures établies en la matière.

Procédures :

2.1. Les cliniques privées :

La procédure en la matière demeure régie par la réglementation en vigueur et notamment la circulaire n°641/MSP/DNOSS/SDEASPS du 06 août 1995 citée en référence.

2.2. Les autres catégories de structures sanitaires privées :

La procédure en la matière demeure régie par la réglementation en vigueur et notamment :

L'instruction n°112/MSP/SG du 02 mars 1987, citée en référence, pour les praticiens généralistes et spécialistes;

L'instruction n°117/MSP/CAB du 11 avril 1987, citée en références, pour les auxiliaires médicaux.

Aussi, les dossiers de demande y afférents, constitués conformément aux procédures réglementaires en vigueur, sont déposés auprès de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale de la wilaya concernée. Après étude de ces dossiers, le Directeur de la Santé et de la Protection Sociale les transmettra, sous le présent timbre, au Ministère de la Santé et de la Population pour décision, accompagnés de son avis motivé.

Les décisions ministérielles y afférentes seront transmises aux Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale des wilayas concernées, pour notification aux intéressés.

Vous voudrez bien veiller à l'application des dispositions de la présente instruction et me tenir informé des difficultés rencontrées.

Le Ministre de la Santé et de la Population

Signé : **Pr. Yahia GUIDOUM**

**Instruction N°01/MSP/MIN du 20 janvier 1999 relative à l'exercice à titre privé des  
professionnels de santé**

**Référence :**

Instruction n°82/MSP/MIN du 31 août 1996 relative aux modalités de délivrance des décisions de réalisation, d'ouverture et d'exploitation des structures sanitaires privées.

**Pièce-jointe :** Annexe

La recentralisation du pouvoir de décision par l'instruction citée en référence, a permis à l'Administration Centrale de procéder à l'évaluation des capacités des Directions de la Santé et de la Population des wilayas, quant à l'encadrement de la gestion du secteur privé, le respect de la réglementation et des procédures.

A la lumière des résultats, je vous informe qu'à compter du 1er janvier 1999, les décisions afférentes à l'exercice des médecins et chirurgiens dentistes généralistes, des psychologues cliniciens, des orthophonistes, des sages-femmes, des infirmiers en soins généraux, des prothésistes dentaires, des opticiens, des optométristes, des audioprothésistes et des kinésithérapeutes relèveront de vos prérogatives.

Resteront du ressort de l'Administration Centrale, les décisions relatives aux structures sanitaires (cliniques, cabinets de groupe, cabinets spécialisés et les entreprises de transport sanitaires) conformément aux procédures édictées par l'instruction n°82/MSP/MIN du 31 août 1996 sus-visée.

Par ailleurs, il vous est demandé de faire parvenir obligatoirement, à la Direction des Services de Santé, une copie de toutes décisions établies par vos services.

J'attache du prix à l'application des dispositions de cette instruction et de son annexe.

Fait à Alger, le 20 janvier 1999



## **Annexe à l'instruction n°01/MSP/MIN du 20 janvier 1999 relative à l'exercice à titre privé des professionnels de santé**

Dans cette annexe sont soulevées, ci-après les insuffisances et lacunes apparues communément dans le traitement des dossiers inhérents à l'exercice, à titre privé, des professionnels de santé, et pour lesquelles sont apportées des éclaircissements et un rappel de la réglementation.

Par ailleurs, les modalités d'application des dispositions du code de déontologie, notamment son article 117 sont apportées dans ce contexte.

### **Remplacement :**

Les décisions de remplacements doivent être établies conformément aux dispositions de la circulaire n°651/MSP/SG du 30 juillet 1988 et de l'article 74 du code de déontologie. Il est à noter que les résidents de dernière année, durant leur congé annuel, peuvent remplacer les médecins spécialistes de même spécialité.

Service national :

En ce qui concerne le service national, il y a lieu de se conformer à la note n°170/MSP/DSS du 03 mars 1997.

### **Contrat d'association :**

En vertu des dispositions de la circulaire n°638/MSP/DNOSS/SDEASPS du 15 août 1995 annexée par des contrats types, modifiée par la circulaire n°02/MSP/DSS/SDCC du 01 mars 1998 et après étude des dossiers d'installation en cabinets de groupe transmis par les Directions de Santé et de la Population de wilaya, il a été constaté que les intéressés ne se conforment pas au contenu et orientations donnés dans les contrats types élaborés à leur intention et semblent même avoir été compris comme un alourdissement aux procédures usuellement établies.

Aussi, il devient impératif d'attirer l'attention des Directeurs de la Santé et de la Population et praticiens sur l'objectif de ces contrats et d'expliquer que :

Sur le plan juridique, un contrat signifie l'accord de deux ou plusieurs volontés en vue de produire des effets juridiques, d'où la nécessité de ces contrats écrits. En vertu de cet "engagement", les contractants organisent des droits et obligations qu'ils créent entre eux et donc, protègent les intérêts matériels et moraux de chacun.

Ces contrats d'associations dont le but est de faciliter et d'organiser l'exercice en commun de la médecine et de la chirurgie-dentaire, sont dorénavant soumis à l'avis de la section ordinaire compétente, conformément aux dispositions de l'article 87 du code de déontologie.

Procès verbal de conformité des cabinets à usage médical :

Malgré l'établissement du modèle de procès verbal par les services centraux du Ministère de la Santé et de la Population, et son envoi à toutes les Directions de la Santé et de la Population avec une note soulignant que "tout dossier ne comportant pas ce modèle de conformité sera rejeté", certaines Directions ne respectent pas ce modèle et continuent même à transmettre des procès verbaux sans signature du D.S.P et sans même le cachet officiel de la D.S.P.

Néanmoins, et conformément à l'article 177 du code de déontologie, les dossiers des médecins et chirurgiens-dentistes candidats à l'exercice à titre privé, ou aux transferts de leurs cabinets, doivent avoir été, au préalable, soumis par les intéressés, à la section ordinaire concernée, habilitée à émettre son avis sur la conformité des conditions d'installation et d'exercice, avant de les déposer à la Direction de la Santé et de la Population.

Rédaction de décisions relatives aux médecins et chirurgiens-dentistes :

La rédaction des décisions d'installation et de transfert des médecins et chirurgiens-dentistes généralistes, doit viser l'instruction n°06 / MSP / DSS / SDCC du 28 juin 1998 et prévoir un article obligeant l'emploi d'un personnel paramédical diplômé.

A titre de rappel, la composition des dossiers afférents à l'exercice à titre privé, doivent comporter les pièces suivantes :

Demande manuscrite

Copie du diplôme légalisée

Certificat justifiant la position de l'intéressé vis-à-vis du service national

Bail de location ou acte de propriété notarié (certificats de propriété délivré par la CNEP, par l'OPGI ou un arrêté signé par le Wali)

Inscription au tableau de l'ordre

Attestation de non affiliation à la CNAS pour praticien sans activité (la déclaration sur l'honneur est nulle)

Décision de démission ou certificat de cessation de paiement pour les praticiens généralistes ou praticiens exerçant dans d'autres secteurs d'activité

Arrêté de démission ou arrêté interministériel pour les praticiens spécialistes ayant exercé dans les structures de santé publique

Certificat de nationalité

Casier judiciaire

Deux certificats médicaux

Deux photos.

Traitement des dossiers de réalisation de clinique :

Le traitement de ces dossiers, doit être effectué conformément à la procédure établie dans le premier paragraphe de la circulaire n°614/MSP/DNOSS/SDEAPS du 06 août 1995 qui prévoit qu'en l'absence de la carte sanitaire l'implantation des cliniques privées devra être déterminée en fonction du schéma de développement de la wilaya, et par conséquent, l'avis du Directeur de la Santé et de la Population de la wilaya, qui accompagne la transmission de la demande de réalisation de clinique, doit illustrer l'étude de tous les aspects inhérents à cette réalisation, et en particulier, pris en considération la proximité des différentes structures de santé implantées dans une même agglomération.

L'absence de cet avis et d'une étude sérieuse a engendré un contentieux que les titulaires d'autorisation de réalisation soumettent à la Direction des Services de Santé en l'absence de réponse des Services des Directions de la Santé et de la Population de wilaya.

Cette transmission doit être dorénavant, accompagnée de l'avis de la section ordinaire compétente.

Exercice à titre privé du corps paramédical :

Les filières du corps paramédical autorisées à exercer, à titre privé, sont régies par les instructions suivantes :

Instructions n° 1765-1766-1767 et 1768/MSP/SG du 11 octobre 1987, et qui concernant les sages-femmes, les diplômés en soins infirmiers généraux, les prothésistes dentaires et les kinésithérapeutes.

L'instruction n°01/MSP/DNOSS/SDEASPS du 26 février 1996 relative à l'exercice à titre privé, des optométristes et opticiens lunetiers.

La Circulaire n°098/MAS/CAB du 15 mars 1987 relative à l'exercice, à titre privé, des optométristes, psychologues cliniciens et orthophonistes.

Arrêté n°40/MSP/MIN du 15 septembre 1998 relatif à l'exercice, à titre privé, de la profession d'audioprothésiste.

Toute demande sortant de ce cadre réglementaire doit être transmise au Ministère de la Santé et de la Population pour étude et appréciation.

La formulation des décisions d'installation relatives à l'exercice, à titre privé, du corps paramédical, doit comporter un article qui prévoit que le titulaire de l'autorisation doit se conformer aux prescriptions médicales.



**Circulaire N°14/MSP/SG du 06 mars 1985  
(modifiée)**

**Destinataires :**

Messieurs les Walis (Cabinet) "pour information"  
Messieurs les Walis (Direction de la Santé de wilaya) "pour exécutions"

**Objet :** A/S des locaux à usage professionnel des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens (décédés).

Des autorisations de fonctionnement des locaux visés en objet, ont été délivrées par le Ministère de la Santé Publique conformément à l'ordonnance n°76-79 du 23 octobre 1976 portant Code de la Santé Publique.

La loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé ne prévoit pas dans ses dispositions de possibilité d'exploitation des locaux dont il s'agit, par ses héritiers des praticiens médicaux.

En conséquence, il y a lieu d'informer les bénéficiaires des autorisations sus-citées d'avoir à prendre les mesures nécessaires pour céder ou louer, dans le respect de la réglementation en vigueur, ces locaux en leur rappelant que tout changement dans la destination des locaux à usage médical, dentaire ou pharmaceutique demeure soumis à l'autorisation préalable du Ministère de la Santé Publique.

En tout état de cause, toutes les autorisations accordées à ce jour, deviendront caduques au 31 décembre 1985, sans aucune possibilité de renouvellement.

P/Le Ministre de la Santé Publique

Le Secrétaire Général

Signé : **D. BAGHLI**

**Destinataires :**

Messieurs les walis (cabinet) "pour information"  
Messieurs les (D.S.W) "pour exécution"

**Objet :** *Ouverture des cabinets dentaires privés.*

La question a été posée de savoir si l'indisponibilité de l'équipement dentaire au niveau de l'Entreprise Nationale de Matériels Médicaux (ENEMEDI) rend caduques les autorisations d'installation dont la durée de la validité est de 06 mois.

La réponse à cette question; et contrairement aux médecins généralistes privés qui peuvent disposer d'un minimum de matériel médical pour exercer leurs activités; les chirurgiens dentistes ne peuvent faire fonctionner leurs cabinets que s'ils se dotent d'un fauteuil dentaire réglementaire.

En conséquence, les autorisations d'installation délivrée aux chirurgiens-dentistes demeurent exceptionnellement valables tant que l'ENEMEDI ne met pas à leur disposition l'équipement nécessaire sans lequel aucun cabinet dentaire ne doit être mis en service.

Le Directeur des Structures de la Santé

Signé : **Pr. B. BOUKHELOUA**

**Destinataires :**

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population "tous"

**Objet :** *A/S Procès-verbal de conformité.*

Pour permettre aux services de l'Administration Centrale du Ministère de la Santé et de la Population, de formaliser les dossiers d'installation des praticiens médicaux et auxiliaires médicaux à titre privé, j'ai l'honneur de vous transmettre, ci-joint, un modèle de certificat de conformité qu'il conviendrait de mettre en application dans les plus bref délais.

Le Directeur des Services de Santé

Signé : **A. GUENNAR**

*N.B. : Tout dossier ne comportant pas ce modèle de conformité sera rejeté.*

**République Algérienne Démocratique et Populaire**

Wilaya d'.....  
Direction de la Santé et de la Population  
N° \_\_\_\_\_/DSP/

**Procès Verbal de conformité**

Suite à l'inspection effectuée par ..... en date du ..... et compte tenu de l'état des lieux visités, à savoir :

Cabinet de consultation : Superficie :  
Salle de soins : Superficie :  
Salle d'attente :  
Hommes : Superficie :  
Femmes : Superficie :  
Sanitaires (cabinet de toilette et lavabos)  
Chauffage  
Aération  
Eclairage naturel  
Eclairage artificiel  
Etat général  
Autres.

J'atteste que le cabinet de Mr ..... situé à ..... est conforme à l'exercice de .....

Fait à ..... , le .....

**Le Directeur de la Santé et de la Population**

**Destinataires :**

Mrs les Directeurs de la Santé et de la Population "Pour exécution et large diffusion".

**Objet :** *Dotation des cliniques privées de véhicules de transports de malades (ambulances).*

**Références :**

Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la Protection et la Promotion de la Santé, modifiée et complétée.

Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, modifié et complété.

Circulaire n°70/MSP/DNOSS/SDE du 15 février 1993 relative à la réglementation applicable en matière de cliniques privées.

En application des textes citées en référence et dans le souci d'une meilleure prise en charge des malades; j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir inviter Messieurs les Directeurs des cliniques médicales privées relevant de votre circonscription territoriale à se doter dans un délais de trois mois (03) d'un véhicule de transport des malades ou à défaut conclure des conventions avec des transporteurs de malades agréés.

Vous voudrez bien, me transmettre les copies des documents d'acquisition de ce véhicule par clinique et dans le cas contraire me transmettre les copies de conventions passées entre les cliniques et les transporteurs.

J'attache beaucoup de prix à l'application de ces instructions et vous demande de me faire part de toutes les difficultés rencontrées.

Le Directeur des Structures de Santé

Signé : **Docteur GUENNAR**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DES SERVICES DE SANTE  
SOUS-DIRECTION DES STRUCTURES PRIVEES

**NOTE N° 881 / MSPRH/DSS/SDSP DU 20 SEP 2005**

DESTINATAIRES / MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS DE SANTE ET DE LA POPULATION DES WILAYAS DE : « Pour exécution »

**Objet:** *Contrôle des établissements de santé privés.*

**Ref :** Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé notamment les articles 17,197 et 217

- Décret 1988 n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, de fonctionnement des cliniques privées, modifié et complété notamment ses articles 4,11 et 12
- décret exécutif n° 97-621 du 14 juillet 1997, fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des directions de la santé et de la population de la wilaya, notamment l'article 8
- décret exécutif n° 02-256 du 3 août 2002 relatif à l'activité complémentaire notamment ses articles 7 et 8
- Arrêté du 22 octobre 1988 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement des cliniques privées
- Circulaire n° 70/MSP/DNOSS/SDEASPS du 15 février 1993 relative à la réglementation applicable en matière de : clinique privées.
- Note n° 868/MSPRH/DSS/SDSP/FS du 27 septembre 2004.
- Note 872/MSPRH/DSS/SDSP/BN du 28 septembre 2004.

Dans le de l'évaluation du programme de contrôle et de suivi de fonctionnement des établissement privés de santé, lancé depuis les notes sus référencées ; j'ai l'honneur de vous informer que l'exploitation des rapports d'inspection transmis par vos soins et les résultats des rencontres avec vos représentants ont permis de constater le travail d'information et de sensibilisation accompli par vos services auprès de ces établissements.

Les efforts consentis ont porté sur la régularisation d'un nombre important du personnel recruté à plein temps, par la délivrance par vos soins, d'autorisation d'exercice conformément aux dispositions de la loi visée plus haut

Il demeure entendu que le respect de ces dispositions doit constituer un réflexe acquis.

Cependant, nombreuses sont les insuffisances qui ont été relevées à travers les contrôles déjà effectués, L'accès doit être mis sur certains aspects du fonctionnement de ces établissements.

A ce titre, vous êtes appelés, non seulement, à vérifier le respect des conditions de leur fonctionnement mais aussi la répartition et l'affectation des locaux par rapport aux plans approuvés par les services concernés de l'administration centrale.

**INFORMATION DES PATIENTS :**

Notre souci étant d'assurer une bonne prise en charge du malade depuis son accès à l'établissement, de ce fait, toute clinique doit disposer de moyens d'information et d'orientation des patients et de leurs accompagnateurs accompli par un personnel sélectionné. Un affichage bien renseigné sur l'affectation des différents locaux et des activités développées doit être réalisé . Les noms et prénoms des médecins intervenant dans la clinique avec jour et horaire de travail doivent y figurer

**CONFORMITE DES EQUIPEMENTS ET INSTALLATIONS TECHNIQUES**

Cette prise en charge doit être également entourée de toutes les conditions de sécurité et commodités que nécessite la santé du malade ; l'hygiène en constitue une priorité.

Ainsi, une attention particulière doit être accordée au contrôle de conformité et de fonctionnalité des installations techniques, tel que le groupe électrogène, les gaz médicaux, la bache à eau et les moyens de lutte contre l'incendie.

La disponibilité des équipements médicaux inhérents aux activités autorisées et leur état de marche doivent être rigoureusement contrôlés toute vétusté doit signalée.

Il n'en demeure pas moins que les services généraux, telle que la cuisine, la buanderie, la morgue doivent faire l'objet de contrôle assidu.

En matière de déchets hospitaliers, il y a lieu de vérifier leur mode de destruction et sa conformité aux procédures réglementaires établies.

**CONFORMITE DE L'INFRASTRUCTURE :**

Par ailleurs, il m'a été signalé des contraintes de fonctionnement engendrées par des réaménagements et des réaffectations non autorisés de locaux.

J'attire votre attention que tous travaux de réfection, de transformation et d'extension entrepris pendant l'hospitalisation de malades, de jour comme de nuit, doivent être immédiatement suspendus.

A ce titre, toute réalisation de travaux est subordonnée à une autorisation de fermeture temporaire délivrée par le Wali lorsque celle-ci ne dépasse pas les trois (03) mois.

**DOCUMENT DE CONTROLE :**

Parmi les outils de contrôle de l'activité et du personnel, les registres constituent un moyen probant. Une attention particulière doit être accordée à la tenue du registre du protocole opératoire. En sus de son caractère obligatoire, ce document renseigne sur les activités chirurgicales réellement développées et sur les médecins intervenant.

L'obligation de disposer de tous autres registres (entrée, sortie, registre des malades à déclaration obligatoire, registre de gestion des produits pharmaceutiques etc...)

**Ces documents doivent être cotés et paraphés par le directeur médical**

## ACTIVITES ET RESSOURCES HUMAINES

Il y a lieu, aussi, d'assurer un contrôle assidu des activités médico-chirurgicales développées. Celles-ci doivent être dûment autorisées. Les équipements médicaux appropriés doivent être exigés.

J'insiste sur la régularisation du personnel médical et paramédical recruté à plein temps dans ces établissements conformément aux articles 197 et 217 de la loi visée en référence.

**PRATICIENS SPECIALISTES INTERVENANT A TEMPS PARTIEL :**

- ACTIVITE COMPLEMENTAIRE

Les médecins spécialistes autorisés dans le cadre de l'activité complémentaire doivent présenter l'autorisation y afférente délivrée par le directeur de l'établissement public. A ce titre il y a lieu de rappeler aux directeurs médicaux des établissements privés les sanctions prévues en cas d'infraction, notamment celles édictées dans les articles 7 et 8 du décret exécutif visé référence relatif à l'activité complémentaire.

- MEDECINS INSTALLES EN CABINETS PRIVES

Les médecins installés en cabinets privés doivent contracter des conventions avec les cliniques médico-chirurgicales privées dans lesquelles ils sont amenés à donner des soins. Il est à souligner que ces établissements doivent être autorisés pour la spécialité du praticien

**RESPONSABILITE CIVILE :**

En exécution de l'article 12 du décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 sus référence, toute clinique est tenue de souscrire une assurance pour couvrir la responsabilité civile de l'établissement et de son personnel.

J'insiste sur le rôle de contrôle qui vous échoit et attire votre attention que les points précédemment mentionnés sont signalés à titre d'indicateur. Le contrôle de ces établissements doit embrasser tous les aspects inhérents à leur fonctionnement.

Un rapport d'étape sur l'inspection de ces établissements doit nous parvenir au plus tard avant le 30 octobre 2005.

المديرة الفرعية للهيكل الخاصة  
السيدة يونس سامية

**CIRCULAIRE N° 025 du 24 SEP 2007 Relative à l'organisation des activités dans les Structures de Santé Privées .**

**DESTINATAIRES : Mesdames et Messieurs :**

- les Walis : **pour information**
  - les Directeurs de la Santé et de la Population: **pour application, suivi et exécution**
- aux :**

- Directeurs des EHS
  - Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers
  - Directeurs des structures de santé privées
  - Directeurs des structures de santé parapubliques
  - Directeurs des Etablissements Publics de santé de proximité
- Directeurs Généraux des EH
  - Directeurs Généraux des CHU
  - Directeur Général de l'EHU d'Oran

Mon attention a été attirée sur les dérives et les dysfonctionnements que connaissent les structures de santé privées en matière d'organisation des activités.

Aussi les différents contrôles menés dans ces structures ont ils fait ressortir les infractions liées aux conditions de fonctionnement prévues par les dispositions réglementaires en la matière.

A ces dysfonctionnements sont venus s'ajouter des pratiques perverses en matière d'exercice de **l'activité complémentaire**. Instauré en 1998, Il est source de beaucoup de dérives dans son application.

- Les mêmes effets pervers, dans leur nature, existent dans d'autres pays. C'est leur dimension en Algérie qui rend amoral cette activité. L'insuffisance du nombre de médecins spécialistes peut expliquer en partie, les dérives relevées.

**Mais le laxisme du gestionnaire dans le contrôle de l'exercice de cette activité, est un facteur déterminant de la perversion constatée.**

- Souvent, l'échange de silences complices entre les gestionnaires et les médecins, constitue un problème à données multiples.
- Si le principe de cette activité n'est pas remis en cause et vient même d'être consacré par l'ordonnance portant statut général de la Fonction Publique, l'évaluation de ses effets pervers ne pouvait attendre davantage.
- **C'est la tâche à laquelle s'attelle actuellement le Ministère chargé de la Santé. Elle nécessite rigueur, souplesse et progressivité.**
- Le Conseil National de Déontologie Médicale, qui a été installé le 21 septembre 2006, après un vide juridique qui a duré trois (03) ans, est attendu pour contribuer à la moralisation de la profession.

Il est vrai que la moralisation et l'humanisation ne sont pas uniquement une affaire de procédures ou de règles, mais sont essentiellement une question de culture et de mentalité. La réhabilitation de ces valeurs exige un travail assidu et de longue haleine. Mais ceci doit se faire de concert avec une rigueur implacable.

A titre d'illustration des dérives relevées par les praticiens inspecteurs, **certains médecins spécialistes du secteur privé conventionnés avec le secteur public n'hésitent pas à évacuer délibérément des malades qu'ils sont censés soigner dans le secteur public avec lequel ils sont conventionnés vers leurs structures privées d'attachement, plus grave encore ils vont jusqu'à les réévacuer vers les structures publiques en cas de complications graves allant jusqu'au décès du malade.**

**Comme certains praticiens du secteur public de santé vont jusqu'à traiter illégalement des malades au profit occulte de certaines structures privées, malades qui leur sont orientés par ces dernières, en leur fournissant des soins et des produits pharmaceutiques gratuitement.**

**Les contrôles ont permis également de relever que de nombreuses interventions chirurgicales dans beaucoup de cliniques privées sont réalisées sans traçabilité : pas de protocoles opératoires, pas de registres et quand ils existent, ils ne sont ni renseignés ni signés.**

La présente circulaire vise à rappeler les obligations de tous les responsables (tout un chacun) dans le strict respect des textes réglementaires fixant les normes et les conditions de fonctionnement des structures de santé privées.

A cet effet, les Directeurs de Santé et de la Population des Wilaya sont tenus de veiller personnellement à l'application stricte des dispositions réglementaires suivantes :

- Toute clinique doit assurer un service permanent et continu. Elle doit être dotée d'un règlement intérieur.
- Veiller à la légalité du recrutement des personnels médicaux et paramédicaux et/ou tout autre catégorie de travailleur.
- **La liste des personnels doit être disponible au niveau de la Direction de Santé et de la Population de la Wilaya** accompagnée des titres et diplômes où seront précisés spécialité assurée, le régime d'exercice, temps plein ou temps partiel ou activité complémentaire et le cas échéant la fonction exercée dans la structure.
- **Un panneau d'affichage** doit être placé dans le hall d'entrée de la clinique ou seront consignés :

**Le nom, le prénom et la spécialité de chacun des praticiens qui exercent à temps plein, à temps partiel ou dans le cadre de l'activité complémentaire, ainsi que leur emploi du temps.**

Toute personne admise dans la clinique en qualité de patient doit être inscrite sur un registre des entrées et des sorties. Chaque patient doit disposer d'un dossier médical qui comportera en plus des renseignements relatifs à l'identité et à l'adresse personnelle du malade et à celle des parents ou alliés, l'inscription de tout examen et acte prescrits par le/ ou les praticiens de la clinique, appuyé, le cas échéant, des documents y afférents, ainsi que des observations et constatations.

Ces dossiers médicaux doivent être obligatoirement rangés dans des locaux et des meubles fermant à clef, placés sous la responsabilité du directeur de la clinique. Tous les registres médicaux administratifs doivent être cotés et paraphés et dûment renseignés.

Les registres des protocoles opératoires doivent être conformes à l'instruction N°26 /MSPRH /IG du 23 janvier 2007.

Les praticiens hospitalo-universitaires qui exercent l'activité complémentaire doivent remettre obligatoirement à leur administration l'emploi du temps de leurs activités hospitalières et universitaires tel que stipulé dans la circulaire n°36/MSP du 22 décembre 1999 portant mise en œuvre des modalités pratiques des conditions d'exercice de l'activité complémentaire.

Les praticiens spécialistes de la santé publique qui bénéficient du service du temps complémentaire ou qui sont liés par convention avec une ou plusieurs cliniques privées doivent également être soumis à ces mêmes règles.

Les Directeurs des établissements hospitaliers publics auxquels appartiennent ces praticiens sont tenus de veiller au classement et à la gestion de cet emploi du temps, des documents liés à l'exercice de l'activité complémentaire et des conventions liant ces praticiens aux cliniques privées.

Par ailleurs, mon attention a été également attirée par l'emploi de personnels de santé étrangers sans autorisation préalable du ministère chargé de la santé. A cet effet, les responsables des structures doivent se conformer aux dispositions de l'instruction n°2 /MSPRH/DSS du 10 août 2003 relative au partenariat entre les structures sanitaires publiques et privées et les compétences médicales étrangères et nationales.

***Toute infraction aux dispositions de la présente circulaire fera l'objet de sanctions pouvant aller jusqu'à la fermeture de la structure, tel que prévu par la législation et la réglementation en vigueur.***



**Activités à caractères communs  
(médicales et paramédicales)**

**Instruction N°00112/MSP/SG du 02 mars 1987 relative aux modalités d'installation des Médecins,  
Pharmaciens, Chirurgiens Dentistes, Généralistes et Spécialistes (modifiée et complétée)**

**Préambule**

La mise en application de la loi n°84-10 du 11 février 1984 relative au service civil, modifiée par la loi n°86-11 du 19 août 1986 permet désormais par la modulation de la durée du service civil, de réaliser progressivement une couverture médicale équilibrée du pays à travers son réseau de structures sanitaires publiques.

A cet effet les affectations des futures promotions de praticiens serviront à combler les déficits existants dans certaines localités.

A la lumière de ce constat, une première mesure à déjà été prise en application de l'article 201 de la loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé à savoir la suppression du régime de la mi-temps pour les praticiens installés à titre privé.

La seconde mesure objet de la présente instruction consiste en la suppression du zoning pour l'installation à titre privé. Le zoning reste néanmoins en vigueur pour les praticiens assujettis au service civil.

**Modalités d'installation :**

2.1. L'installation à titre privé peut s'effectuer sur l'ensemble du territoire national sous réserve des dispositions relatives au service civil.

2.2. La délivrance des autorisations d'installation demeure du ressort du wali territorialement compétent.

2.3. L'installation peut être autorisée dans la wilaya sans distinction de zone géographique. Elle doit cependant s'inscrire dans le cadre d'une répartition équilibrée des praticiens médicaux compte tenu des besoins définis par les services concernés de la wilaya, conformément aux dispositions de l'article 202 de la loi relative à la protection et la promotion de la santé.

2.4. Les praticiens intéressés doivent déposer leur demande d'installation en cabinet ou officine privés auprès de la division de la santé et de la population de la wilaya concernée.

Cette demande doit être accompagnée de l'attestation d'acquiescement ou de dispense du service civil délivrée par le Ministère de la Santé publique.

La décision portant autorisation d'ouverture de cabinet ou d'officine privés est délivrée par le wali sur présentation du certificat de cessation de paiement établi par le dernier employeur et après vérification et enregistrement des diplômes sur le registre ad-hoc.

2.5. Toute disposition contraire à la présente instruction est annulée, notamment, l'instruction n°295/MSP/SG du 25 avril 1985 relative aux modalités d'installation à titre privé.

2.6. Messieurs les walis sont chargés de l'application de la présente instruction.

Le Secrétaire Général

Signé: **Djelloul BAGHLI**

**Circulaire N°651/MSP/SG du 30 juillet 1988**  
**(modifiée et complétée)**

**Destinataires :**

Messieurs les Directeurs de la Santé Publique et de la Population  
Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires "Pour exécution"  
Messieurs les Walis,  
Monsieur le Chef de Cabinet,  
Monsieur l'Inspecteur Général,  
Messieurs les Directeurs de l'Administration Centrale,  
Messieurs les Directeurs Généraux de :  
L'ENEMEDI, ENAPHARM, ENOPHARM, ENCOPHARM,  
Institut National de la Santé Publique,  
Institut Pasteur d'Alger, "Pour information".

**Objet :** A/S délivrance des autorisations de remplacement en cabinet privé des médecins et chirurgiens-dentistes, généralistes, et spécialistes et des pharmaciens en officine privée.

**Référence :**

Loi n°85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé.

L'exercice en cabinet privé des professions médicales doit concourir à la réalisation d'une couverture médicale équilibrée; il doit s'inscrire dans un cadre réglementaire assurant une complémentarité et une intégration de toutes les activités de la santé.

A ce titre, le remplacement en cabinet privé doit se concevoir comme un maintien de la continuité, de la couverture et du suivi médico-sanitaire au profit des populations.

La présente circulaire a pour objet de préciser et mettre à jour les conditions et les modalités nécessaires pour autoriser les remplacements des médecins, chirurgiens-dentistes, généralistes et spécialistes et des pharmaciens à titre privé.

Conditions exigées du titulaire du cabinet et de l'officine :

Tout médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien généraliste ou spécialiste exerçant à titre privé et désirant se faire remplacer : devra dans le cas du congé annuel, adresser une demande écrite au chef de la division de la santé et de la population de la wilaya, accompagnée d'une proposition de remplaçant répondant aux conditions définies au point 2 ci-dessous; lorsque la demande reçoit une suite favorable, une autorisation écrite et délivrée au demandeur.

La même procédure devra être suivie dans le cas d'un congé de maladie d'une durée égale ou inférieure à un (01) mois.

Les remplacements de congés de maladie supérieurs à un (01) mois sont autorisés par le Ministère de la Santé Publique.

La demande d'autorisation exceptionnelle accompagnée des pièces justificatives sera adressée au Ministère de la Santé Publique, sous couvert et avec avis, de la Division de la Santé et de la Population de la wilaya.

Conditions exigées du remplaçant :

Peuvent prétendre au remplacement d'un praticien exerçant à titre privé pour une durée ne dépassant pas un (01) mois :

Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens généralistes et spécialistes en instance d'installation à titre privé en possession de l'attestation d'acquiescement du service civil délivrée par le Ministère de la Santé Publique.

Les médecins, les chirurgiens-dentistes, pharmaciens généralistes et spécialistes en instance d'incorporation au service national en possession d'une attestation de sursis en cours de validité.

Les stagiaires internes en position du congé de détente sous la responsabilité directe exclusive du praticien généraliste remplacé.

Conditions particulières :

Sauf autorisation exceptionnelle de remplacement pour congé de maladie de longue durée accordée par le Ministère de la Santé Publique, une même personne ne peut effectuer plus d'un (01) mois de remplacement par an.

Le médecin, le chirurgien-dentiste, le pharmacien généraliste (ou le stagiaire interne) remplacera le médecin, le chirurgien-dentiste, le pharmacien généraliste.

Le praticien spécialiste remplacera le praticien spécialiste de sa spécialité.

Dispositions générales :

Le médecin, le chirurgien-dentiste, le pharmacien généraliste ou spécialiste autorisé à effectuer un remplacement est tenu d'assurer les tours de garde qui incombent au praticien remplacé.

Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens généralistes et spécialistes, les résidents et les hospitalo-universitaires qui sont en fonction à temps plein dans quelque secteur d'activité que ce soit, ne peuvent prétendre à des remplacements.

L'autorité habilitée à délivrer l'autorisation de remplacement demeure le chef de la Division de la Santé et de la Population de la wilaya pour des périodes égales ou inférieures à un (01) mois.

Les chefs de Division de la Santé et de la Population sont tenus d'adresser une copie de chaque autorisation de remplacement prononcée par eux au Ministère de la Santé Publique selon le formulaire joint en annexe.

Toute infraction aux dispositions de la présente circulaire expose son auteur aux sanctions prévues par l'article 214, alinéa 3 de la loi relative à la protection et à la promotion de la santé.

Toutes dispositions contraires à la présente circulaire sont abrogées notamment la circulaire n°014/DOSS/DLSM du 13 oct 1984.

Je vous demande de bien vouloir assurer la plus large diffusion de cette circulaire auprès de toutes les structures intéressées, ainsi qu'auprès des praticiens de la santé en officine et en cabinet privé.

P/Le Ministre de la Santé Publique  
**Le Secrétaire Général**

**Circulaire N°977/DSS/SDCPI du 10 juillet 1989  
(modifiée)**

Messieurs les Walis (cabinet) "pour infirmation"  
Messieurs les Walis (DSP) "pour exécution"

**Objet** : Exercice de la profession médicale à titre privé en cabinet de groupe.

**Références** :

Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la Protection et à la Promotion de la Santé.

Circulaire n°00112 du 02 mars 1987 relative aux modalités d'installation des praticiens généralistes et spécialistes.

L'ampleur de la démographie médicale ainsi que le nombre de plus en plus important de praticiens exerçant dans le secteur privé nous permettent de concevoir la possibilité de l'exercice de la profession médicale en cabinet de groupe.

Ainsi, le cabinet de groupe a, entre autres objectifs, l'amélioration des conditions de l'exercice individuel de la pratique médicale grâce à la réduction des dépenses professionnelles par une utilisation commune des locaux, de matériel, voire du personnel.

Toutefois, chaque praticien dans un cabinet de groupe conserve la responsabilité de ses actes professionnels, exerce à titre individuel sous son identité légale et tous les éléments qui l'identifient (plaques, ordonnances, timbres humides) doivent être distincts et portés à la connaissance du public.

En outre, le nombre de praticiens dans un cabinet de groupe qu'ils soient de même discipline ou de disciplines différentes est fonction du nombre de pièces composant ce cabinet, et qu'un certificat de conformité doit être exigé avant toute autre nouvelle installation au sein du même cabinet.

En tout état de cause, les chefs de division de la Santé et de la Population restent habilités à délivrer ce type de décision à la lumière des textes réglementaires régissant l'exercice à titre privé des professions médicales.

Le Directeur des Structures de la Santé

Signé : **Dr. A. GUENNAR**

**Destinataires :**

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population  
"pour exécution et large diffusion"

**Objet :** A/S Cabinet de groupe

**Références :**

Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée.

Décret n°92-276 du 06 juillet 1992 portant Code de déontologie médicale.

Circulaire n°634/MSP/DNOSS/SDEASPS du 15 août 1995 relative au contrat d'association entre praticiens médicaux exerçant à titre privé de la médecine dans le cadre des cabinets de groupe.

L'évaluation de l'application de la circulaire visée en référence à fait ressortir des contraintes, pour lesquelles, il est apparu indispensable d'élargir le champ d'application de la pratique de la médecine en cabinet de groupe.

Définition du cabinet du groupe :

La définition du cabinet de groupe, est une association d'omnipraticiens ou de praticiens spécialistes de même discipline ou de discipline différente mettant en commun leur équipement professionnel relevant de leurs spécialités respectives et l'organisation de leur travail "dans une maison médicale commune" sans hospitalisation, en vue de permettre une bonne distribution de soins aux malades, une entraide mutuelle et un perfectionnement professionnel.

Les règles à respecter :

En partant de cette définition, les règles essentielles à énoncer, s'appliquant au cabinet de groupe sont les suivantes :

Le cabinet de groupe réunit deux ou plusieurs omnipraticiens, praticiens spécialistes de même discipline ou spécialistes de disciplines différentes ;

Le regroupement des spécialistes de disciplines différentes peuvent être constitués à l'exclusion de la radiologie et de l'anatomie-pathologie ;

Le regroupement des spécialistes en radiologie et en anatomie-pathologie ne peut se faire que dans un cadre d'exercice monodisciplinaire ;

Les praticiens médicaux exerçant dans un cabinet de groupe sont tenus de faire figurer sur la plaque apposée à la porte du cabinet "cabinet de groupe" suivie des noms et prénoms des médecins y exerçant. Cette plaque ne doit pas dépasser 40 cm sur 60 cm ;

La mise en commun des honoraires n'est autorisée qu'en cas de constitution d'un cabinet de groupe monodisciplinaire ou de même spécialité, il reste bien entendu que la non mise en commun des honoraires est étendue aux praticiens médicaux de disciplines différentes conformément à l'annexe de la circulaire n°634/MSP/DNOSS/SDEASPS du 15 août 1995 dont le titre est "contrat type d'association entre médecin de même discipline - sans mise en commun des honoraires", l'obligation du contrat étant toujours en vigueur ;

La concertation qui suit éventuellement l'examen du malade par un ou plusieurs spécialistes dans le même cabinet de groupe ne doit faire l'objet d'aucun honoraire supplémentaire ;

Le respect de l'indépendance professionnelle de chaque praticien médical ;

La liberté de choix du praticien médical par le malade ;

L'obligation pour chaque praticien médical de disposer d'un cabinet d'examen personnel ;

Les remplacements mutuels doivent se faire dans le cabinet d'examen du praticien médical remplaçant ;

Vous voudrez bien veiller à l'application de la présente circulaire et me tenir informé des difficultés rencontrées au cours de son application.

Le Directeur des Services de Santé

**Dr. A. GUENNAR**

## **Arrêté Interministériel autorisant les titulaires du diplôme inter-Universitaire de spécialisation (D.I.S) à exercer en qualité de Médecins Spécialistes de Santé Publique**

Le Ministre de la Santé et de la Population ;

Le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;

Vu le Décret Présidentiel n°96-01 du 14 Chaabane 1416, correspondant au 05 janvier 1996 portant nomination des Membres du Gouvernement ;

Vu le Décret exécutif n°96-66 du 07 Ramadhan 1416, correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;

Vu le Décret exécutif n°96-260 du 19 Rabie El-Aouel 1415, correspondant au 27 août 1996 fixant les attributions du Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;

Vu le rapport du Ministère de la Santé et de la Population ;

### **ARRETEMENT :**

**Article 1** : A titre transitoire, les titulaires du diplôme inter-Universitaire de spécialisation (D.I.S), délivré par les universités Françaises, sont autorisés à exercer en qualité de médecins spécialistes dans les établissements publics de santé.

**Article 2** : Les dispositions de l'article 1er ci-dessus, ne s'appliquent pas à l'exercice à titre privé ainsi qu'à l'accès à la carrière hospitalo-universitaire qui demeurent régis par la réglementation en vigueur en la matière.

**Article 3** : Messieurs les Secrétaires Généraux du Ministère de la Santé et de la Population et du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Alger, le 23 février 1997

Le Ministre de la Santé et de la Population

Le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

**Circulaire N°02/MSP/DSS/SDCC du 06 juillet 1999 portant réglementation des autorisations de remplacement dans les structures et les cabinets privés des médecins, chirurgiens-dentistes, généralistes et spécialistes.**

**Références :**

Loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative à la Protection et à la Promotion de la Santé, modifiée et complétée.

Loi n° 82-06 du 26 Février 1982 relative aux relations individuelles de travail

Décret exécutif n° 92-276 du 6 Juillet 1992 portant code de déontologie médicale.

La présente circulaire a pour objet de définir les conditions et les modalités d'autorisation de remplacement des médecins et chirurgiens-dentistes, généralistes et spécialistes, installés à titre privé.

**Dispositions générales :**

Afin de garantir le respect des principes déontologiques, il demeure nécessaire de rappeler que le médecin ou le chirurgien-dentiste est responsable de chacun de ses actes professionnels, qu'il ne peut exercer que sous sa véritable identité et que tout document qu'il délivre doit porter son nom et sa signature.

Par conséquent, il va sans dire que les remplaçants sont considérés comme étant des praticiens indépendants et non des assistants.

Ils ne sont pas des salariés, et il est formellement interdit à un praticien de faire gérer son cabinet. A cet effet, le remplacement ne peut intervenir que si pendant sa durée le médecin remplacé n'exerce aucune activité lucrative.

En l'occurrence, ce dernier doit se faire remplacer, selon les conditions réglementaires déterminées ci-après, sinon introduire une demande de fermeture.

Toute personne effectuant un remplacement doit avoir été au préalable, autorisée soit par le Directeur de la Prévention, de la Santé et de la Population du Gouvernement du Grand-Alger ou le Directeur de la Santé et de la Population de Wilaya territorialement compétent, qui est tenu d'adresser une copie de chaque autorisation de remplacement, au Ministère de la Santé et de la Population, à la Section Ordinale compétente et à la CNAS. L'autorisation exceptionnelle est délivrée par les services concernés du Ministère de la Santé et de la Population.

L'autorisation de remplacement est subordonnée à la réunion de conditions et au respect d'obligations déterminées ci-après.

L'autorisation de remplacement est accordée pour les motifs suivants :

Congé de détente (annuel)

Maladie

Formation

Conditions exigées du titulaire du cabinet :

Tout médecin, chirurgien-dentiste, généraliste ou spécialiste, exerçant à titre privé et désirant se faire remplacé :

Doit être inscrit au tableau de l'ordre des médecins et des chirurgiens-dentistes ;

Devra adresser une demande écrite au Directeur de Santé de Wilaya où il exerce, sur laquelle doit apparaître le motif et la durée, accompagnée de la proposition du remplaçant, répondant aux conditions définies ci-dessous ;

Cette demande est soumise, au préalable à l'avis de la Section Ordinale compétente qui délivre une licence de remplacement ;

Aucune suite ne sera réservée aux demandes ne portant pas, au préalable, l'avis de la Section Ordinale compétente ;

Lorsque la demande reçoit une suite favorable, une autorisation écrite est délivrée. En cas de refus, celui-ci doit être motivé.

Conditions exigées du remplaçant :

Peut prétendre au remplacement d'un praticien exerçant à titre privé, tout médecin, chirurgien dentiste généraliste et spécialiste, répondant aux conditions mentionnées ci dessous :

Muni d'une attestation de cessation d'activité ou de fin de contrat de quel secteur d'activité que ce soit, ou d'un arrêté de démission pour le praticien spécialiste de santé publique ou hospitalo-universitaire démissionnaire d'une structure de santé publique ;

Justifiant sa position vis-à-vis du service national en particulier les remplacements de longue durée, dépassant trois (03) mois ;

En instance d'installation à titre privé ;

Sans aucune activité.

Conditions réglementaires relatives aux différentes formes de remplacement :

Le remplacement pour congé de détente :

L'autorisation de remplacement, pour congé de détente annuel est accordée pour une durée maximum de trois (3) mois. Elle peut être fractionnée durant l'année d'exercice.

Le remplacement pour cause de maladie :

L'autorisation de remplacement, pour cause de maladie, ne peut excéder une durée maximum de deux (2) années. La demande sera accompagnée d'un certificat médical sur lequel il sera fait mention de la durée d'incapacité de travail, délivré par le médecin traitant.

Le Directeur de la Prévention, de la Santé et de la Population du Gouvernement du Grand-Alger ou le Directeur de la Santé et de la Population de Wilaya territorialement compétent peut, s'il le juge nécessaire, exiger une expertise.

La demande de remplacement est étudiée lorsque le titulaire du cabinet est lui-même malade et non pas un membre de sa famille quelqu'en soit le degré de parenté.

Le remplacement pour motif de formation :

L'autorisation de remplacement pour motif de formation ne peut être délivrée au delà, ni en deçà d'une (1) année. Les documents justifiant cette formation, à effectuer, à l'étranger ou sur le territoire national, doivent être joints au dossier.

L'autorisation de remplacement, pour motif de formation, est délivrée au praticien installé à titre privé ayant déjà exercé pendant une période de cinq (5) ans accomplis hormis les congés de détente.

**Dispositions particulières**

Le médecin ou le chirurgien-dentiste remplacé ne peut exercer sous quelque forme que ce soit, pendant la durée de son remplacement ;

Lorsqu'il s'agit d'un remplacement de longue durée dépassant trois (3) mois et quelque soit le motif, un contrat notarié de remplacement doit être établi et soumis à l'approbation de la Section Ordinale compétente ;

Le médecin, chirurgien-dentiste généraliste remplacera le médecin, chirurgien-dentiste généraliste ;

Le médecin spécialiste, le chirurgien-dentiste spécialiste, le résident peut remplacer le médecin, le chirurgien-dentiste généraliste ;

Toutefois, les praticiens spécialistes effectuant les remplacements au sein de cabinets de praticiens généralistes sont astreints au tarif pratiqué dans le cabinet de praticien généraliste ;

Le praticien spécialiste remplacera le praticien spécialiste ;

Le résident de dernière année, durant son congé annuel, peut remplacer le praticien de même spécialité ;

Le médecin retraité peut effectuer des remplacements avec avis préalable de la Section Ordinale compétente ;

Les praticiens installés en cabinet de groupe sont soumis à la présente réglementation. Néanmoins, lorsqu'ils pratiquent la même spécialité et que le contrat déjà établi entre eux prévoit le remplacement réciproque, ce contrat demeure valable. Toutefois, ce remplacement demeure soumis à l'autorisation de l'administration concernée ;

Les médecins, chirurgiens-dentistes, généralistes et spécialistes et hospitalo-universitaires en fonction à temps plein dans quelque secteur d'activité que ce soit ne peuvent prétendre aux remplacements.

Dispositions relatives à la tenue d'un cabinet de praticien décédé

Devant les délicats problèmes qui se posent aux membres de la famille, restée sans ressources, d'un praticien décédé, il s'agit en l'occurrence de la veuve et des enfants mineurs, une autorisation, à titre exceptionnel, et sur demande de la veuve, peut être accordée afin qu'un médecin ou un chirurgien-dentiste puisse tenir ce cabinet. Cette autorisation sera accordée pour une durée maximum de deux (2) années, sous réserve :

Que le local soit la propriété du défunt ou de la famille directe ;

Que le local soit couvert par un bail de location valable pour la durée demandée et autorisée ;

L'accord passé entre la veuve et le médecin, le chirurgien-dentiste en cause doit faire l'objet d'un contrat notarié soumis à l'approbation de la Section Ordinale compétente ;

Cette demande d'autorisation exceptionnelle accompagnée des pièces justificatives sera adressée au service concerné du Ministère de la Santé et de la Population, sous-couvert et avec avis du Directeur de la Prévention, de la Santé et de la Population du Gouvernorat du Grand-Alger ou du Directeur de la Santé et de la Population de Wilaya, territorialement compétent.

Toute infraction aux dispositions de la présente circulaire expose son auteur aux sanctions prévues par l'article 214, alinéa 4 de la loi relative à la protection et à la promotion de la santé.

Toutes dispositions contraires à la présente circulaire sont abrogées.

J'attire votre attention sur la nécessité d'assurer une large diffusion de cette circulaire et de veiller à son application.

Le Directeur des Services de Santé

**A . GUENNAR**



**CIRCULAIRE N°02/MSP/DSS/SDCC DU 16 JUIL 1999 PORTANT REGLEMENTATION DES  
AUTORISATIONS DE REMPLACEMENTS DANS LES STRUCTURES ET LES CABINETS PRIVES DES  
MEDECINS, CHIRURGIENS DENTISTES, GENERALISTES ET SPECIALISTES.**

**REFERENCES :**

- Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la Santé, modifiée et complétée.
  - loi n°82-06 février 1982 relative aux relations individuelles de travail
  - Décret exécutif n° 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale.
- la présente circulaire a pour objet de définir les conditions et les modalités d'autorisation de remplacement des médecins et chirurgiens-dentistes, généralistes et spécialistes, installés à titre privé.

**DISPOSITIONS GENERALES**

Afin de garantir le respect des principes déontologiques, il demeure nécessaire de rappeler que le médecin ou le chirurgien dentiste est responsable de chacun de ses actes professionnels, qu'il ne peut exercer que sous sa véritable identité et que tout document qu'il délivre doit porter son nom et sa signature.

par conséquent, il va sans dire que les remplaçants sont considérés comme étant des praticiens indépendants et non des assistants. Ils ne sont pas salariés, et il est formellement interdit à un praticien de faire gérer son cabinet. A cet effet, le remplacement ne peut intervenir que si pendant sa durée, le médecin remplacé n'exerce aucune activité lucrative.

En l'occurrence, ce dernier doit se faire remplacer selon les conditions réglementaires déterminées ci-après, sinon introduire une demande de fermeture.

Toute personne effectuant un remplacement doit avoir été au préalable autorisée soit par le Directeur de la prévention, de la Santé et de la population du Gouvernorat du Grand Alger ou le Directeur de la Santé et de la population de Wilaya territorialement compétent, qui est tenu d'adresser une copie de chaque autorisation de remplacement, au ministère de la Santé et de la population, à la Section ordinale compétente et à la CNAS. L'autorisation exceptionnelle est délivrée par les services concernés du Ministère de la Santé et de la population.

L'autorisation de remplacement est subordonnée à la réunion de conditions et au respect d'obligations déterminées ci-après.

L'autorisation de remplacement est accordée pour les motifs suivants :

- \* Congé de détente (annuel)
- \* maladie
- \* Formation

**CONDITIONS EXIGÉES DU TITULAIRE DU CABINET**

Tout médecin, chirurgien dentiste, généraliste ou spécialiste exerçant à titre privé et désirant se faire remplacer :

- \* Doit être inscrit au tableau de l'ordre des médecins et des chirurgiens dentistes;
- \* Devra adresser une demande écrite au Directeur de Santé de Wilaya où il exerce, sur laquelle doit apparaître le motif et la durée, accompagnée de la proposition du remplaçant, répondant aux conditions définies ci-dessous :
- \* Cette demande est soumise, au préalable à l'avis de la Section ordinale compétente qui délivre une licence de remplacement;
- \* Aucune suite ne sera réservée aux demandes ne portant pas, au préalable, l'avis de la Section Ordinale compétente;
- \* lorsque la demande reçoit une suite favorable, une autorisation écrite est délivrée. En cas de refus, celui-ci doit être motivé.

**CONDITIONS EXIGÉES DU REMPLACEMENT**

peut prétendre au remplacement d'un praticien exerçant à titre privé, tout médecin, chirurgien dentiste généraliste ou spécialiste, répondant aux conditions mentionnées ci-dessous :

- Muni d'une attestation de cessation d'activité ou de fin de contrat de quel secteur d'activité que ce soit, ou d'un arrêté de démission pour le praticien spécialiste de santé publique ou hospitalo-universitaire démissionnaire d'une structure de santé publique;
- Justifiant sa position vis-à-vis du service national en particulier les remplacements de longue durée, dépassant trois (03) mois;
- En instance d'installation à titre privé;
- Sans aucune activité.

**CONDITIONS REGLEMENTAIRES RELATIVES AUX DIFFERENTES FORMES DE REMPLACEMENT**

Le remplacement pour congé de détente :

L'autorisation de remplacement pour congé de détente annuel est accordée pour une durée maximum de trois (03) mois. Elle peut être fractionnée durant l'année d'exercice.

Le remplacement pour cause de maladie :

L'autorisation de remplacement pour cause de maladie ne peut excéder une durée maximum de deux (02) années. La demande sera accompagnée d'un certificat médical sur lequel il sera fait mention de la durée d'incapacité de travail, délivré par le médecin traitant. le Directeur de la prévention de la Santé et de la population de Wilaya territorialement compétent peut, s'il le juge nécessaire, exiger une expertise.

\* La demande de remplacement est étudiée lorsque le titulaire du cabinet est lui-même malade et non pas un membre de sa famille quelqu'en soit le degré de parenté.

Le remplacement pour motif de formation :

L'autorisation de remplacement pour motif de formation ne peut être délivrée au delà, ni en deçà d'une (01) année. Les documents justifiant cette formation à effectuer à l'étranger ou sur le territoire national, doivent être joints au dossier.

L'autorisation de remplacement pour motif de formation, est délivrée au praticien installé à titre privé ayant déjà exercé pendant une période de cinq (05) ans accomplis hormis les congés de détente.

**DISPOSITIONS PARTICULIERES**

Le médecin ou le chirurgien dentiste remplacé ne peut exercer sous quelque forme que ce soit, pendant la durée de son remplacement; Lorsqu'il s'agit d'un remplacement de longue durée dépassant trois (03) mois et quelque soit le motif, un contrat notarié de remplacement doit être établi et soumis à l'approbation de la section ordinale compétente;

Le médecin, chirurgien dentiste généraliste remplacera le médecin, chirurgien dentiste généraliste;

Le médecin spécialiste, le chirurgien dentiste spécialiste, le résident peut remplacer le médecin, le chirurgien dentiste généraliste;

Toutefois, les praticiens spécialistes effectuent les remplacements au sein de cabinets de praticiens généralistes sont astreints au tarif pratiqué dans le cabinet de praticien généraliste;

Le praticien spécialiste remplacera le praticien spécialiste.

Le résident de dernière année, durant son congé annuel, peut remplacer le praticien de même spécialité.

Le médecin retraité peut effectuer des remplacements avec avis préalable de la section ordinale compétente;

les praticiens installés en cabinet de groupe sont soumis à la présente réglementation. Néanmoins, lorsqu'ils pratiquent la même spécialité et que le contrat déjà établi entre eux prévoit le remplacement réciproque, ce contrat demeure valable. Toutefois, ce remplacement demeure soumis à l'autorisation de l'administration concernée;

les médecins, chirurgiens dentistes, généralistes et spécialistes et hospitalo-universitaires en fonction à temps plein dans quelque secteur d'activité que ce soit ne peuvent prétendre aux remplacements.

## DISPOSITIONS RELATIVES A LA TENUE D'UN CABINET DE PRATICIEN DECEDE

Devant les délicats problèmes qui se posent aux membres de la famille restée sans ressources, d'un praticien décédé, il s'agit en l'occurrence de la veuve et des enfants mineurs, une autorisation, à titre exceptionnel, et sur demande de la veuve, peut être accordée afin qu'un médecin ou un chirurgien dentiste puisse tenir ce cabinet. Cette autorisation sera accordée pour une durée maximum de deux (02) années, sous réserve :

Que le local soit la propriété du défunt ou de la famille directe;

Que le local soit couvert par un bail de location valable pour la durée demandée et autorisée;

L'accord passé entre la veuve et le médecin, le chirurgien dentiste en cause doit faire l'objet d'un contrat notarié soumis à l'approbation de la section ordinaire compétente;

Cette demande d'autorisation exceptionnelle accompagnée des pièces justificatives sera adressée au service concerné du Ministère de la Santé et de la population, sous couvert et avec avis du Directeur de la prévention, de la Santé et de la population du Gouvernement du Grand Alger, ou du Directeur de la Santé et de la population de Wilaya, territorialement compétent.

Toute infraction aux dispositions de la présente circulaire expose son auteur aux sanctions prévues par l'article 214, alinéa 4 de la loi relative à la protection et à la promotion de la Santé.

Toutes dispositions contraires à la présente circulaire sont abrogées.

J'attire votre attention sur la nécessité d'assurer une large diffusion de cette circulaire et de veiller à son application.

### Installation à titre privé

Annexe à l'instruction N°02/MSP/MIN du 20 jan. 1999 relative à l'exercice à titre privé des professionnels de santé

Dans cette annexe sont soulevées, ci-après, les insuffisances et lacunes apparues communément dans le traitement des dossiers inhérents à l'exercice, à titre privé, des professionnels de santé, et pour lesquelles sont apportées des éclaircissements et un rappel de la réglementation.

par ailleurs, les modalités d'application des dispositions du code de déontologie, notamment son article 177 sont apportées dans ce contexte. Remplacement :

les décisions de remplacement doivent être établies conformément aux dispositions de la circulaire N°651/MSP/SG du 30 Juillet 1988 et de l'article 74 du code de déontologie. Il est à noter que les résidents de dernière année; durant leur congé annuel, peuvent remplacer les médecins spécialistes de même spécialité.

Service National :

En ce qui concerne le service national, il y a lieu de se conformer à la note N°170/MSP/DSS du 03 mars 1997.

Contrat d'association :

En vertu des dispositions de la circulaire N°638/MSP/DNOSS/SDEASPS du 15 août 1995 annexée par des contrats types, modifiée par la circulaire N°02/MSP/DSS/SDCC du 01 mars 1998 et après étude des dossiers d'installation en cabinets de groupe transmis par les Directions de santé et de la population de wilaya, il a été constaté que les intéressés ne se conforment pas au contenu et orientations donnés dans les contrats types élaborés à leur intention et semblent même avoir été compris comme un alourdissement aux procédures usuellement établies.

Aussi, il devient impératif d'attirer l'attention des directeurs de la santé et de la population et praticiens sur l'objectif de ces contrats et d'expliquer que :

1- Sur le plan juridique, un contrat signifie l'accord de deux ou plusieurs volontés en vue de produire des effets juridiques, d'où la nécessité de ces contrats écrits. En vertu de cet "engagement", les contractants organisent des droits et obligations qu'il créent entre eux et donc, protègent les intérêts matériels et moraux de chacun.

2- Ces contrats d'associations dont le but est de faciliter et d'organiser l'exercice en commun de la médecine et de la chirurgie-dentaire, sont dorénavant soumis à l'avis de la section ordinaire compétente, conformément aux dispositions de l'article 87 du code de déontologie. procès-verbal de conformité des cabinets à usage médical :

Malgré l'établissement du modèle de procès-verbal par les services centraux du Ministère de la Santé et de la population, et son envoi à toutes les Directions de la Santé et de la population avec une note soulignant que "tout dossier ne comportant pas ce modèle de conformité sera rejeté", certaines Directions ne respectent pas ce modèle et continuent même à transmettre des procès-verbaux sans signature du D.S.P et sans même le cachet officiel de la D.S.P.

Néanmoins, et conformément à l'article 177 du code de déontologie, les dossiers des médecins et chirurgiens dentistes candidats à l'exercice à titre privé, ou aux transferts de leurs cabinets, doivent avoir été, au préalable, soumis par les intéressés, à la section ordinaire concernée, habilitée à émettre son avis sur la conformité des conditions d'installation et d'exercice, avant de les déposer à la Direction de Santé et de la population.

Rédaction des décisions relatives aux médecins et chirurgiens-dentistes :

La rédaction des décisions d'installation et de transfert des médecins et chirurgiens généralistes, doit viser l'instruction n°06/MSP/DSS/SDCC du 28 Juin 1998 et prévoir un article obligeant l'emploi d'un personnel paramédical diplômé.

A titre de rappel, la composition des dossiers afférents à l'exercice à titre privé, doivent comporter les pièces suivantes :

- Demande manuscrite
- Copie du diplôme légalisée.
- Certificat justifiant la position de l'intéressé vis-à-vis du service national
- Bail de location ou actes de propriété notariés (certificats de propriété délivré par la CNEP, par l'OPGI ou un arrêté signé par le wali)
- Inscription au tableau de l'ordre
- Attestation de non affiliation à la CNAS (le déclaration sur l'honneur est nulle)
- Décision de démission et certificat de cessation de paiement
- Arrêté de démission ou arrêté interministériel pour les praticiens spécialistes ayant exercé dans les structures de santé publique
- Certificat de nationalité
- Casier judiciaire
- Deux certificats médicaux
- Deux photos.

Traitements des dossiers de réalisation de clinique :

le traitement de ces dossiers doit être effectué conformément à la procédure établie dans le premier paragraphe de la circulaire 614/MSP/DNOISS/SDEASPS du 06 août 1995 qui prévoit qu'en l'absence de la carte sanitaire, l'implantation des cliniques privées devra être déterminée en fonction du schéma de développement de la wilaya, et par conséquent, l'avis du Directeur de la Santé et de la population de la wilaya, qui accompagne la transmission de la demande de réalisation de clinique, doit illustrer l'étude de tous les aspects inhérents à cette réalisation, et en particulier, pris en considération la proximité des différentes structures de santé implantées dans une même agglomération.

L'absence de cet avis et d'une étude sérieuse a engendré un contentieux que les titulaires d'autorisation de réalisation soumettent à la Direction des Services de santé en l'absence de réponse des Services des Directions de la Santé et de la population de Wilaya.

Cette transmission doit être dorénavant, accompagnée de l'avis de la section ordinaire compétents.

Exercice à titre privé du corps paramédical :

Les filières du corps paramédical autorisées à exercer à titre privé, sont régies par les instructions suivantes :

- Instruction n°1765-1766-1767 et 1768/MSP/SG du 11 octobre 1987, et qui concernent les sages-femmes, les diplômés en soins infirmiers généraux, les prothésistes dentaires et les kinésithérapeutes.
- L'instruction n°01/MSP/DNOSS/SDEASPS du 26 Février 1996 relative à l'exercice à titre privé des optométristes et opticiens lunetiers;
- la circulaire n°098/MAS-CAB du 15 mars 1987 relative à l'exercice à titre privé des optométristes, psychologues cliniciens et orthophonistes.

- Arrêté n°40/MSP/MIN du 15 septembre 1998 relatif à l'exercice à titre privé de la profession d'audioprothésiste.  
Toute demande sortant de ce cadre réglementaire doit être transmise au Ministère de la Santé et de la population pour étude et appréciation.  
la formulation des décisions d'installation relatives à l'exercice à titre privé du corps paramédical doit comporter un article qui prévoit que le titulaire de l'autorisation doit se conformer aux prescriptions médicales.

#### **Circulaire N°04/MSP/DSS/SDCC du 26 avril 1998**

**Destinataires :**

Mrs les Directeurs de la Santé et de la Population "Pour exécution et large diffusion" (tous)

**Objet :** A/S Exercice à titre privé de la médecine au sein des cliniques et autres structures privées de santé dans un cadre associatif.

**Références :**

Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, modifiée et complétée et ses textes d'application;  
Décret n°92-276 du 06 juillet 1992 portant Code de déontologie.

Devant l'évolution rapide du secteur privé de la santé notamment en ce qui concerne l'exercice de la médecine dans un cadre associatif dans les cliniques privées et autres structures privées de santé, il apparaît indispensable d'y apporter certaines précisions dans un souci de clarifier et de respecter les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Ainsi, il convient de préciser que "toute réalisation et exploitation de clinique privée et autres structures privées de santé n'est accordée qu'à un médecin, groupement de médecins ou à une association à but non lucratif".

Ces groupements doivent prendre une forme juridique spécifique à l'exercice de la médecine par rapport aux autres groupements à caractère purement commercial. Mais en l'absence de texte y afférent et qui est en cours d'élaboration, ces groupements peuvent se constituer en société conformément au code de commerce.

En tout état de cause, les statuts de cette forme d'association seront soumis au conseil national de déontologie.

Les médecins constituant ce type de société pour la réalisation de clinique privée et autres structures privées de santé ne peuvent en aucun cas en constituer une autre. Pour l'exploitation de ces structures, ces derniers ne peuvent exercer leurs activités médicales que dans celle-ci conformément à l'autorisation qui leur est délivrée par le ministère de la santé et de la population.

L'exercice de la médecine au sein des cliniques privées ou autres structures privées de santé sous quelque forme que ce soit pour les médecins non exploitants doit faire l'objet d'un contrat écrit qui définit leurs devoirs et obligations et d'une autorisation du Ministre chargé de la Santé; il reste bien entendu que l'exercice de la médecine reste personnel.

A cet effet et afin de créer un cadre unique pour tous les projets de réalisation et d'ouverture de cliniques privées ou autres structures privées de santé, toutes les structures dûment autorisées à ce jour à exercer doivent se conformer aux présentes dispositions réglementaires.

Messieurs les directeurs de la santé et de la population des wilayate sont tenus de veiller au respect des dispositions de la présente circulaire et de me faire connaître toutes les difficultés éventuelles rencontrées au cours de son application.

Le Directeur des Structures de Santé

Signé : **Docteur GUENNAR**

**Objet :** *Contrat d'association entre praticiens médicaux dans le cadre de l'exercice à titre privé de la médecine - cabinets de groupes.*

**Références :**

Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée.

Décret n°92-276 du 06 juillet 1992 portant Code de déontologie médicale

Circulaire n°977/DSS/SDCPI du 10 juillet 1989 relative à l'exercice de la profession médicale à titre privé en cabinet de groupe, (abrogée).

**Annexes :**

Contrat type d'association entre deux médecins de même discipline ou omnipraticiens, (sans mise en commun des honoraires).

Contrat type d'association de groupe entre médecins de même discipline ou omnipraticiens, (avec mise en commun des honoraires).

Après l'évaluation de l'application de la circulaire n°977/DSS/SDCPI du 10 juillet 1989 sus-référenciée, abrogée, il est apparu opportun de préciser et de compléter la réglementation concernant l'exercice de la médecine en association et particulièrement en cabinets de groupe, par les présentes dispositions.

**Principes généraux :**

1.1. "L'exercice habituel de la médecine, de la chirurgie dentaire sous quelque forme que ce soit au sein d'une entreprise, d'une collectivité, d'une clinique ou de toute autre institution doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit". (Article n°87 du décret n°92-276 du 06 juillet 1992 portant code de déontologie médicale).

1.2. Dans ce cadre, les praticiens médicaux doivent non seulement respecter les règles de code civil prévues en la matière, mais aussi les dispositions de la loi n°85-05 du 16 février 1985 et du décret n°92-276 du 06 juillet 1992 sus-référencié (voir contrats types en annexe).

1.3. L'exercice de la médecine est personnel et ne peut être effectué par une personne morale.

1.4. Les médecins ne peuvent constituer une association ayant pour but de favoriser l'organisation matérielle de leur travail. Ils devront, en outre, éviter de confondre dans les contrats d'association les dispositions concernant le seul fonctionnement de l'association de moyens, avec les clauses se rapportant à l'exercice professionnel; en conséquence, un contrat d'association devra être également rédigé et qui sera limité aux dispositions concernant l'exercice de la médecine en association.

1.5. La médecine ne pouvant être pratiquée comme un commerce, les termes de "bénéfice" et de "chiffre d'affaires" doivent être évités, de même la "clientèle" d'un médecin étant hors de tout commerce, il est impossible de parler de sa vente.

Le cabinet de groupe :

**2.1. Définition :**

La définition du cabinet de groupe, le plus souvent retenue, est "une association de médecins omnipraticiens ou de même discipline mettant en commun leur équipement professionnel et l'organisation de leur travail "dans une maison médicale commune" sans hospitalisation, en vue de permettre une bonne distribution des soins aux malades, une entraide mutuelle, un perfectionnement professionnel et de parer au surmenage (et non dans un but de nécessité commerciale)".

**2.2. Les règles à respecter :**

En partant de cette définition, les règles essentielles à énoncer, s'appliquant au cabinet de groupe sont les suivantes :

2.2.1. Le cabinet de groupe ne doit réunir que des médecins de même discipline ou des omnipraticiens;

2.2.2. La notion d'exercice en groupe est indépendante du mode de répartition des honoraires. Trois possibilités s'ouvrent aux médecins exerçant en groupe;

2.2.2.1. Conserver chacun l'ensemble de leurs honoraires et ne mettre en commun que les frais professionnels afférents à l'exercice de la médecine (voir contrat type en annexe).

2.2.2.2. Mettre en commun un certain pourcentage de leurs honoraires, lequel pourcentage doit être précisé dans le contrat (voir contrats types en annexe);

2.2.2.3. Mettre en commun la totalité de leurs honoraires; la mise en commun des honoraires qu'elle soit totale ou partielle, doit obéir aux conditions suivantes : (voir contrats types en annexe).

La perception des honoraires doit rester individuelle pour chaque médecin, chacun des membres du groupe apportant à la masse commune sa part d'honoraires;

La répartition doit se faire entre les membres du groupe et cela dès le début de l'association de telle façon qu'il ne puisse exister entre les médecins une quelconque subordination et que l'indépendance professionnelle et morale de chacun d'eux reste entière.

2.2.3. Les contrats d'association entre les médecins exerçant en groupe doivent respecter le libre choix des médecins par le malade;

2.2.4. L'indépendance professionnelle de chacun des médecins exerçant en groupe doit être totale, et en aucun cas :

Un médecin, qu'il soit ou non spécialiste, ne peut être salarié de confrères exerçant en groupe;

Un des médecins associés ne doit être l'assistant de son co-associé, l'assistantat entre médecins étant interdit dans l'exercice normal, habituel et organisé de la profession.

2.2.5. La responsabilité tant pénale que civile ou disciplinaire de chacun des médecins du groupe doit demeurer individuelle;

2.2.6. Un cabinet de groupe ne peut être constitué que par l'association de médecins exerçant en commun dans une "maison médicale commune". Lorsque les médecins exerçant dans des cabinets différents d'une même localité, il s'agit d'une simple association ; en conséquence, aucun médecin ne peut exercer à la fois dans plusieurs cabinets de groupe.

2.2.7. L'article 20 du code de déontologie rappelle également que la médecine est une profession libérale et ne peut être exercée comme un commerce ce qui induit que :

Il y a lieu d'exclure des contrats d'association en cabinets de groupe, les termes de "bénéfices" et "chiffres d'affaires";

Les médecins exerçant en groupe ne doivent se livrer à aucune manifestation à caractère publicitaire (2ème alinéa de l'article 20 du code de déontologie).

Les centres de diagnostic (centres de bilans)

**3.1. Définition :**

Ce sont des centres dans lesquels aucun soin ne doit être donné et où les malades ne peuvent être examinés qu'après avoir été adressés par un médecin traitant. Ce dernier sera tenu au courant par le centre des conclusions des examens pratiqués.

**3.2. Les règles à respecter :**

3.2.1. Sur le plan contractuel entre participants au centre de diagnostic, l'exercice est personnel. Chaque médecin consulté perçoit ses honoraires. Il n'y a pas de mise en commun des honoraires. La concertation qui suit éventuellement l'examen du malade par un ou plusieurs spécialistes, ne doit faire l'objet d'aucun honoraire supplémentaire.

3.2.2. L'Association n'a pour rôle que le règlement des frais communs et le recouvrement de ceux-ci par répartition entre ses membres.

3.2.3. L'association propriétaire des locaux doit être distincte de l'association de l'exercice de la médecine et n'avoir avec celle-ci que des rapports de bailleur à locataire.

Tout projet d'implantation d'un centre de diagnostic doit préalablement être soumis pour avis au Ministère de la santé et de la population (Direction de la Normalisation et de l'Organisation du Système de Santé).

Vous voudrez bien veiller à l'application de la présente circulaire et me faire connaître les difficultés rencontrées au cours de son application.

Le Directeur de la Normalisation et de l'Organisation du Système de Santé  
Signé : **Pr. BAGHRICHE**



**Contrat type d'association entre médecins de même discipline  
(sans mise en commun des honoraires)**

Entre le docteur X ..... en ..... (indiquer ici la discipline commune ou la qualité d'omnipraticien).

Adresse .....

Numéro d'inscription au tableau .....

d'une part,

Et le docteur Y ..... en ..... (indiquer ici la discipline commune ou la qualité d'omnipraticien).

Adresse .....

Numéro d'inscription au tableau .....

d'autre part,

**Article 1 :** Dans le but de faciliter l'exercice de leur profession et par la même de se mettre en mesure de mieux assurer les soins dûs à leurs malades, les docteurs X ..... et Y ..... ont décidé de s'associer dans les conditions du présent contrat.

Variante A : (Dans le cas où les associés ne disposent d'aucun local professionnel).

**Article 2 :** Les deux associés procéderont d'accord à l'achat ou à la location en commun des locaux où ils auront, soit leurs cabinets respectifs, soit le cabinet unique où ils exerceront alternativement leur activité. De même, ils procéderont d'accord à l'achat ou à la location en commun du mobilier, du matériel professionnel et généralement de tous objets nécessaires à l'équipement des locaux en vue de l'exercice de la profession".

Variante B : (Dans le cas où l'un des associés dispose déjà d'un local dont l'utilisation en commun est envisagée).

**Article 3 :** Les deux associés se mettront d'accord pour l'utilisation en commun des locaux dont le docteur X ..... dispose déjà (indiquer l'adresse, éventuellement en donnant le descriptif). Ils procéderont d'accord aux opérations d'achat, de location en commun portant sur le mobilier, le matériel professionnel et généralement tous les objets nécessaires à l'équipement des locaux en vue de l'exercice de la profession.

Ils s'entendront, en outre, pour l'embauche du personnel commun et pour la prise en charge commune des dépenses diverses entraînées par le fonctionnement de leurs cabinets.

Seront notamment réputées dépenses communes, celles concernant les consommations d'eau, de gaz, d'électricité, le téléphone, les assurances des biens mobiliers et immobiliers et du personnel, le loyer des locaux loués en commun ou du moins utilisés en commun, les salaires du personnel attaché aux locaux professionnels...

Toutes ces dépenses formeront un total qui sera supporté par le Dr ..... à concurrence de ..... % et par le Dr ..... à concurrence de ..... %, répartition qui est censée tenir compte forfaitairement par avance de l'importance respective de l'activité des deux praticiens et de l'utilisation qu'ils feront des appareils.

Jusqu'à concurrence de ..... DA, toute dépense faite dans l'intérêt de l'association pourra indifféremment être engagée par l'un ou l'autre des associés pour une durée de .....

Au dessus de la somme précitée, toute dépense ne pourra être engagée qu'avec l'accord des deux associés.

Les comptes devront être liquidés dans les délais prévus dans le contrat.

**Article 4 :** Les contractants demeurent entièrement soumis aux principes formulés par le code de déontologie.

En particulier, ils continuent à exercer leur profession en pleine indépendance. Chacun conservera sa clientèle propre dont il percevra directement et pour son compte les honoraires.

Ils devront se garder de toute mesure qui entrave le libre choix du médecin par le malade. Chacun des contractants gardera la charge de sa responsabilité professionnelle pour laquelle il devra s'être assuré à ses frais auprès de la compagnie d'assurances de son choix.

**Article 5 :** Au cours d'une année, chacun des associés, indépendamment de période imposées par les circonstances telles que : obligations résultant du service national, ou d'une réquisition d'une certaine durée, maladie, événement de famille, pourra suspendre son activité professionnelle pendant une durée qui sera précisée d'un commun accord. Ils s'entendront sur l'époque de leurs vacances respectives, les dates choisies devant être telles que l'un des deux associés soit toujours présent pour répondre aux demandes des patients et que ceux-ci souffrent le moins possible de l'absence des deux médecins.

Pendant les vacances de l'un deux, de même que pendant les périodes où il ne pourrait exercer son activité en raison d'une maladie ou pour tout autre motif, l'autre associé aura seul le droit d'offrir ses soins aux clients du confrère absent ou empêché, à moins que les deux associés ne se mettent d'accord pour le remplacement du médecin indisponible par un confrère étranger à la présente association ou par un étudiant en médecine remplissant les conditions légales.

Le médecin indisponible devra de toute façon indiquer la durée, ou du moins la durée probable, de cette absence ou de cet empêchement. Durant les périodes où un seul des associés exercera, il supportera seul la totalité des dépenses correspondant à la période en cause (cette somme étant alors calculée prorata temporis). En outre, si l'interruption d'activité du co-associé est imputable à des circonstances indépendantes de sa volonté, il lui remettra en qualité de remplaçant une somme égale à ..... % du montant brut des honoraires perçus pendant le temps de ladite interruption.

**Article 6 :** Les docteurs X et Y s'engagent à respecter les tours de garde officielle, organisés par la direction de santé et de la protection sociale.

**Article 7 :** Variante A

Le présent contrat est prévu pour une durée de ..... à compter de la notification de l'avis favorable de la section ordinaire régionale de déontologie médicale et à titre transitoire de la direction de la santé et de la protection sociale. Le décès, l'obstacle à l'exercice de la profession ou tout autre empêchement frappant l'un des associés entraînera la résiliation du présent contrat.

A l'expiration de la durée de ..... années prévue à l'alinéa 1 le contrat se reconduira tacitement par périodes de ..... sauf dénonciations par lettre recommandée notifiée par l'un des contractants six mois avant l'expiration de la période en cours.

**Article 7 :** Variante B

Le présent contrat est prévu pour une durée indéterminée à compter de la notification de l'avis favorable de la section ordinaire régionale de déontologie médicale et à titre transitoire de la Direction de Santé et de la Protection Sociale. Le décès, l'obstacle à l'exercice de la profession ou tout autre empêchement frappant l'un des associés entraînera la résiliation du présent contrat.

Il pourra d'autre part être mis fin au contrat à tout moment moyennant respect d'un temps de préavis fixé d'un commun accord par les parties pour un délai ne pouvant être inférieur à trois (03) mois.

Toutefois les trois premiers mois peuvent être considérés comme une période d'essai à laquelle il peut être mis fin à tout moment par la volonté de l'un ou de l'autre des contractants. En ce cas la résiliation du contrat entraînera de plein droit la dissolution de l'association.

Le contrat sera résolu de plein droit soit en cas de décès de l'un des associés, soit en cas d'obstacle définitif à la continuation de son activité professionnelle (radiation du tableau, retraite, incapacité permanente...) soit encore en cas de suspension de cette activité par l'effet d'une mesure pénale ou disciplinaire, soit enfin en cas de suspension de cette activité procédant d'un autre motif et se prolongeant au delà de six mois.

**Article 8 :** A l'expiration du contrat, soit par suite de sa non reconduction, soit par l'effet d'une résolution, le partage des biens acquis en indivision par les associés se fait selon la proportion des mises de fonds opérées par eux lors de l'acquisition.

**Article 9 :** En cas de difficultés soulevées par l'exécution ou l'interprétation du présent contrat, soit par la liquidation de l'association, les parties s'engagent, préalablement à toute action contentieuse, à soumettre leur différend aux membres du conseil régional de déontologie médicale, et à titre transitoire, à la Direction de la Santé et de la Protection Sociale. Ceux-ci s'efforceront de concilier les parties et d'amener une solution amiable, dans un délai maximum de quatre mois à compter de la désignation des membres du conseil.

**Article 10 :** Les associés affirment sur l'honneur n'avoir passé aucune contre-lettre ni avenant relatif au présent contrat qui ne soit soumis à la section ordinaire régionale et à titre transitoire à la Direction de la Santé et de la Protection Sociale concernée.

**Article 11 :** Les parties conviennent de ne mettre en application le présent contrat qu'après avoir reçu l'avis favorable de la section ordinaire régionale, et à titre transitoire de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale, à laquelle il devra être soumis.

**Contrat type d'association entre médecins de même discipline ou entre médecins omnipraticiens  
(avec mise en commun des honoraires)**

Entre le docteur X .....  
(indiquer ici la discipline commune ou la qualité d'omnipraticien).

Adresse .....

Numéro d'inscription au tableau .....

d'une part,

Et le docteur Y .....  
(indiquer ici la discipline commune ou la qualité d'omnipraticien).

Adresse .....

Numéro d'inscription au tableau .....

et le docteur Z .....  
(indiquer ici la discipline commune ou la qualité d'omnipraticien).

Adresse .....

Numéro d'inscription au tableau.....

d'autre part,

**Article 1** : Dans le but de faciliter l'exercice de leur profession et par la même de mieux assurer les soins à leurs malades, en particulier par l'amélioration de leur équipement professionnel, l'aménagement de leurs horaires de travail, la possibilité de ce fait de perfectionner leurs connaissances et aussi de mieux assurer leur sécurité matérielle par un système d'entraide mutuelle et réciproque. Les docteurs X....., Y..... et Z..... ont décidé de s'associer dans les conditions du présent contrat.

**Article 2** : Les associés peuvent avoir constitué entre eux : Une association d'achat ou de location en commun de locaux où ils auront soit leur cabinet respectif soit le cabinet unique où ils exerceront alternativement leur activité, en vue de l'achat ou de la location du mobilier, du matériel professionnel et généralement tous objets nécessaires à l'équipement des locaux en vue de l'exercice de la profession. (Dans ce cas il est indispensable de distinguer les dispositions de constitution et de fonctionnement de cette association de celles concernant l'exercice médical en association. Les médecins doivent donc rédiger d'une part les statuts de l'Association de moyens et d'autre part un contrat d'association, se rapportant à l'exercice professionnel.

(Article à supprimer dans le cas où ils exercent au domicile de l'un d'eux ou fournis par l'un d'eux).

**Article 3** : Les contractants qui exerceront uniquement sous leur non personnel à ..... (indiquer ici le lieu d'exercice, domicile de l'un des associés ou loué ou construit etc...), demeurent entièrement soumis aux principes formulés par le Code de Déontologie.

En particulier, ils continueront à exercer leur profession en pleine indépendance. Chacun devra se garder de toute mesure qui entrave le libre choix du médecin par le malade.

Chacun des contractants supportera la charge entière de sa responsabilité professionnelle pour laquelle il devra s'être assuré à ses frais auprès d'une compagnie d'assurance de son choix.

**Article 4** : Chacun des contractants perçoit directement le montant des honoraires inhérents aux actes effectués par lui, signe lui même les feuilles de sécurité sociale ou de mutuelle, en ce qui concerne les prestations et le paiement desdits actes.

**Article 5** : Les associés décident de mettre leurs honoraires en commun et à cet effet, chacun des contractants communique dans un délai prévu dans le contrat, un relevé du montant des honoraires perçus par lui à inclure dans la masse commune.

Les associés décident de mettre en commun ..... % de leurs honoraires. (Les associés demeurent libres quant à l'organisation d'une mise en commun de leurs honoraires).

**Article 6** : Sont exclus de la masse commune les honoraires accomplis comme consultant hors de l'association pour l'un des membres de celle-ci.

Ces actes de consultant accomplis au sein de l'association ne donnent lieu à aucun honoraire.

**Article 7** : Chacun des contractants conserve personnellement ses charges fiscales.

**Article 8** : A la date fixée au préalable, les contractants se réuniront pour procéder à la répartition des honoraires mis en commun. Celle-ci se fera par parts égales, déduction faite des frais et charges afférents au fonctionnement de l'association de moyens.

**Article 9** : Chacun des contractants, indépendamment des périodes d'interruption imposées par les circonstances telles que : obligation résultant du service national, réquisition d'une certaine durée, évènement de famille, pourra chaque année suspendre son activité professionnelle pendant une durée qui sera précisée d'un commun accord.

Les médecins associés s'entendront sur l'époque de leurs vacances respectives, de manière à ce que les patients souffrent le moins possible de l'absence de l'un des médecins.

De même, ils s'entendront sur l'époque et la durée des absences consacrées au perfectionnement de leurs connaissances (cours de perfectionnement, congé scientifique, stage d'enseignement post-universitaires, etc...).

**Article 10** : Pour toutes ces absences (maladies, congé etc...), le remplacement est assuré par les autres membres de l'association, dans le cas où ceux-ci seraient empêchés, un confrère étranger à la présente association ou un étudiant en médecine remplissant les conditions légales assurera le remplacement.

Dans ce dernier cas, les frais de remplacement sont à la charge du médecin remplacé qui devra réserver à la masse commune le reliquat des honoraires apparaissant une fois assurée la rémunération du remplaçant.

La durée probable de l'absence ou de l'empêchement devra être indiquée aux membres de l'association.

Dans les cas où l'absence est imputable à des circonstances indépendantes de la volonté du médecin, ou en cas d'autorisation expresse de la section ordinaire régionale, et à titre transitoire de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale, il continuera pendant une période allant de trois jusqu'à six mois, à percevoir sa part entière de la masse commune des honoraires.

**Article 11** : Les Drs X ...., Y ....., et Z s'engagent à respecter les tours de garde officielle organisés par la Direction de la Santé et de la Protection Sociale.

**Article 12** : Les jours et heures de consultation de chacun des associés seront précisés par une annexe au présent contrat. Ces jours et heures de consultation seront indiqués respectivement sur les plaques personnelles apposées à l'entrée des locaux ainsi que par le libellé des ordonnances.

**Article 13** : L'entrée dans l'association ne doit comporter aucune clause financière, à l'exception de celles prévues pour l'adhésion à l'association des moyens, éventuellement constituée au préalable ou pour le rachat de la part du cédant dans le cabinet.

**Article 14** : Variante A

Le présent contrat est prévu pour une durée de ..... à compter de la notification de l'avis favorable de la section ordinaire régionale, et à titre transitoire de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale. Le décès, l'obstacle à l'exercice de la profession ou toute autre empêchement frappant l'un des associés n'entraînera pas la résiliation du présent contrat.

A l'expiration d'une durée de .... années prévus par l'alinéa 1, le contrat se reconduira tacitement par période de .... sauf dénonciation par lettre recommandée notifiée par l'un des contractants six mois, au moins avant l'expiration de la période en cours.

**Article 14** : Variante B

Le présent contrat est prévu pour une durée indéterminée à compter de la notification de l'avis favorable de la section ordinaire régionale, et à titre transitoire de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale. Le décès, l'obstacle à l'exercice de la profession ou tout autre empêchement frappant l'un des associés n'entraînera pas la résiliation du présent contrat.

Toutefois, les trois premiers mois peuvent être considérés comme période d'essai à laquelle il peut être mis fin à tout moment par volonté de l'un ou de l'autre des contractants. En ce cas, la résiliation du contrat entraînera de plein droit la dissolution de l'association des moyens.

Il pourra d'autre part être mis fin au contrat à tout moment moyennant respect d'un temps de préavis fixé d'un commun accord par les parties à six mois.

**Article 15** : Les docteurs X ..., Y ... et Z ... conviennent de se soutenir mutuellement dans l'adversité. Dans ce but, ils décident d'organiser entre eux un système d'entraide qui viendra en complément des garanties que chacun d'entre eux personnellement aura pu se procurer. En cas de maladie d'une durée supérieure à trois mois (ou six mois) et lorsque la maladie n'entraîne pas une incapacité définitive d'exercer, les cocontractants s'engagent à verser au confrère empêché une indemnité mensuelle égale à la valeur de X ... consultations. Ils restent libres d'assurer pendant cette période le remplacement de leur confrère en accord avec lui et par les moyens de leur choix, les frais éventuels de ce remplacement étant supportés soit par la masse commune dans le cas où le remplacement est assuré par un associé, soit par l'associé remplacé ainsi qu'il est dit à l'article 10, alinéa 2, dans le cas d'un remplaçant extérieur à l'association. Au-delà de deux ans, l'invalidité est considérée comme définitive. L'invalidité est considéré comme ayant de plein droit cessé de faire partie de l'association et son successeur est librement choisi par les autres co-contractants. Celui-ci doit obligatoirement avoir adhéré à l'association visée à l'article 2 et racheté au confrère invalide le montant de ses parts dans l'association des moyens.

**Article 16** : En cas d'appel au titre du service national ou de réquisition d'une certaine durée, les membres restant en exercice prennent toutes dispositions pour assurer la continuité du groupe préserver la clientèle du ou des membres et verser au ayants droit une indemnité mensuelle calculée selon les modalités prévues à l'article 15.

**Article 17** : Outre le fait d'invalidité totale (art 15), un médecin peut quitter l'association en prenant sa retraite dès lors qu'il a atteint ou dépassé l'âge de 65 ans.

Dans tous les cas, sa succession sera assurée par accord entre les confrères membres de l'association qui choisiront librement le successeur, le rachat des parts de l'association de moyens visée à l'article 2 étant effectué par ce successeur.

**Article 18** : Les charges résultant de l'application de l'article 15 du présent contrat doivent être couvertes par une assurance contractée auprès d'une compagnie d'assurances.

**Article 19** : L'impossibilité d'exercer la profession du fait d'une mesure disciplinaire de radiation entraîne de plein droit la démission de l'association. Il en est de même de toute suspension d'activité prolongée, au delà de deux ans quelle qu'en soit la cause (sauf en cas d'appel au titre du service national ou de réquisition d'une certaine durée). Dans chacun de ces cas, et sous réserve de ce qui est convenu pour le cas de maladie, le médecin quittant l'association ne peut prétendre qu'à être indemnisé de sa part dans le cabinet et au rachat des parts de l'association de moyens.

La peine disciplinaire de suspension temporaire retire tout droit à la participation à la masse d'honoraires et peut entraîner à la demande des co-contractants, la démission de l'association du médecin suspendu pour une période excédant trois mois.

**Article 20** : L'associé qui par le libre exercice de son droit de dénonciation ou par l'effet d'une mesure pénale ou disciplinaire ou encore par suite d'une suspension d'activité prolongée au-delà de deux ans aura quitté l'association, devra s'abstenir d'exercer la profession pendant les deux années suivantes dans un rayon de 50 km.

**Article 21** : En cas de difficultés soulevées soit par l'exercice ou l'interprétation du présent contrat, soit par la liquidation de l'association, les parties s'engagent préalablement à toute action contentieuse à soumettre leur différend aux membres du Conseil Régional de Déontologie, et à titre transitoire à la Direction de la Santé et de la Protection Sociale. Ceux-ci s'efforceront de concilier les parties et d'amener une solution amiable, ce dans un délai maximum de quatre mois à compter de la désignation des membres du conseil.

**Article 22** : Les associés affirment sur l'honneur n'avoir passé aucune contre-lettre ou avenant relatifs au présent contrat qui ne soit soumis à la Section Ordinale Régionale, et à titre transitoire à la Direction de la Santé et de la Protection Sociale.

**Article 23** : Les parties conviennent de ne mettre en application le présent contrat qu'après avoir reçu l'avis favorable de la Section Ordinale Régionale, à titre transitoire, de la Direction de la Santé et de la Protection Sociale, à laquelle il devra être soumis.

**ARRETE N° 2859 DU 14 AVRIL 2008 FIXANT LES CONDITIONS D'IMPLANTATION,  
D'OUVERTURE ET DE TRANSFERT DES LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES.**

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu l'ordonnance n° 06-07 du 19 Jourmada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment son article 208 bis;  
Vu le décret exécutif n° 92-276 du 6 juillet 1992, portant code de déontologie médicale ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu l'arrêté 117 MSP/MIN du 05 Décembre 1996 fixant les conditions d'installation, d'ouverture et transfert d'un laboratoire d'analyse de Biologie Médicale.

**ARRETE**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de fixer les conditions d'implantation, d'ouverture et de transfert des laboratoires d'analyses médicales.

**Article 2** : L'implantation, l'ouverture et le transfert des laboratoires tels que visés dans l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, sont soumis à l'autorisation préalable délivrée par le Ministre chargé de la Santé.

**Article 3** : L'agrément des laboratoires d'analyses médicales est délivrée aux médecins titulaires d'un diplôme d'études médicales spécialisées (DEMS) en biologie clinique, en hématologie, en biochimie, en immunologie, en parasitologie, en histologie, en embryologie, en anatomie pathologique et en hématologie, ou aux titulaires d'un diplôme étranger reconnu équivalent.

**Article 4** : Le laboratoire est soumis aux normes d'hygiène et de sécurité fixées par la législation et réglementation en vigueur, il doit disposer d'une superficie suffisante.

Les laboratoires d'analyses médicales doivent obéir aux normes générales suivantes en matière de locaux.

- Une unité administrative d'accueil et de réception ;
- Un bureau du praticien ;
- Une salle de prélèvement permettant l'isolement des patients ;
- Une salle distincte destinée aux appareils physiques de précision ;
- Deux salles affectées aux activités techniques de laboratoire ;
- Les analyses de microbiologie et de parasitologie doivent être pratiquées dans une salle exclusivement réservée à cet usage ;
- Une laverie ;
- Des sanitaires.

**Article 5** : Les locaux des laboratoires d'analyses médicales doivent être conçus et équipés selon les spécificités liées à la nature de ses propres normes en locaux et équipements.

**Article 6** : Le laboratoire d'analyses médicales doit être doté d'une plaque professionnelle apposée sur la porte des locaux du laboratoire ou à l'entrée de l'immeuble.

Les seules indications pouvant figurés sur cette plaque professionnelle sont :

- *Les noms et prénoms du praticien spécialiste ;*
- *Les titres universitaires, hospitaliers et scientifiques ;*
- *La ou les spécialités agréés.*
- *Les heures d'ouverture et de fermeture et le numéro de téléphone.*

**Article 7** : Les laboratoires d'analyses médicales peuvent faire appel, pour les besoins de leurs activités, à un ou plusieurs praticiens spécialistes en laboratoire, selon la spécialité demandée.

L'exercice de ces spécialistes dans le laboratoire, s'effectuera dans le cadre de convention ou de contrat écrit.

**Article 8** : Les praticiens spécialistes exerçant au niveau des dits laboratoires sont responsables des résultats des analyses rendus et doivent obligatoirement apposer leur signature et timbre humide au bas du document sur lequel figure le compte rendu des analyses médicales relevant de leurs compétences. Lequel document est obligatoirement revêtu du visa du responsable du laboratoire.

**Article 9** : Les laboratoires d'analyses médicales peuvent disposer d'annexes, dont les conditions de création et de fonctionnement seront fixées par arrêté du Ministre Chargé de la Santé.

**Article 10** : La demande d'implantation d'un laboratoire d'analyses médicales est déposée, en double exemplaire, à la direction de wilaya chargée de la santé, celle-ci procède à la vérification du dossier administratif et technique et le transmet au ministère chargé de la santé dans un délai n'excédant pas 30 jours à compter de la date de dépôt du dossier. Cette demande est accompagnée des pièces ci-après énumérées :

- Une demande
- Une copie certifiée conforme à l'originale du diplôme visé à l'article 3 du présent arrêté ;
- Un extrait d'acte de naissance ;
- Un certificat de nationalité algérienne ;
- Un extrait du casier judiciaire n° 3 ;
- Le titre de propriété ou tout autre document justifiant l'exploitation légale du bien immobilier, notamment l'acte de propriété ou le contrat de location ;
- Un plan des lieux au 1/50<sup>ème</sup> précisant la description des locaux, leurs superficies respectives et leur affectation.

**Article 11** : La décision d'implantation est accordée par le Ministre chargé de la santé et transmise au directeur de la santé de wilaya concernée. Une copie de la décision est adressée à l'intéressé.

**Article 12** : La décision d'implantation est valable une (1) année. Ce délai peut être prorogé de trois (3) mois à la demande du bénéficiaire de la décision sur la base d'éléments dûment justifiés.

**Article 13** : à l'issue de l'équipement du laboratoire d'analyses médicales, une décision de conformité est délivrée par la direction de wilaya chargée de la santé au praticien spécialiste concerné, après visite des lieux.

**Article 14** : l'ouverture du laboratoire est soumise à l'autorisation du Ministre chargé de la santé, sur la base d'un dossier déposé par l'intéressé auprès de la direction de wilaya chargée de la santé.



**Article 15** : le dossier mentionné à l'article 14 ci-dessus comprend les pièces suivantes :

- Demande d'ouverture déposée par l'intéressé ;
- Une copie de la décision de conformité prévue à l'article 11 ;
- La cessation de paiement établie par le dernier employeur dans le cas où le postulant était salarié ;
- La décision de fermeture du laboratoire précédemment exploité dans le cas d'un transfert d'une wilaya à une autre ;
- Document justifiant que l'intéressé est dégagé des obligations du service civil et du service national.

**Article 16** : le transfert d'un laboratoire d'analyses médicales dans une même wilaya est soumis aux mêmes procédures et dossier prévus dans les articles 10, 13, et 15 du présent arrêté, exception faite du dossier administratif propre à l'intéressé.

**Article 17** : tout manquement aux dispositions du présent arrêté entraîne la fermeture provisoire du laboratoire d'analyses médicales sans préjudice des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 16** : les médecins spécialistes en hématologie dûment autorisés, sont tenus de se conformer dans un délai d'une année aux dispositions du présent arrêté.

**Article 18** : L'arrêté n° 117/MSP/MIN du 5 décembre 1996, fixant les conditions d'installation, d'ouverture et de transfert d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale est abrogé.

**Article 19** : le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du Ministère de la Santé de la population et de la Réforme Hospitalière.

**Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.**

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات  
عمار تو

**ARRETE N° 2976 DU 23 Novembre 2008 FIXANT LES CONDITIONS D'IMPLANTATION,  
D'OUVERTURE ET DE TRANSFERT DES LABORATOIRES D'HEMATOLOGIE.**

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu l'ordonnance n° 06-07 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment son article 208 bis ;  
Vu le décret exécutif n° 92-276 du 6 juillet 1992, portant code de déontologie médicale ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu le décret présidentiel n° 08-187 du 19 Joumada Ethania 1429 correspondant au 23 juin 2008 modifiant le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 Juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

**ARRETE**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de fixer les conditions d'implantation, d'ouverture et de transfert des laboratoires d'hématologie.

**Article 2** : L'implantation, l'ouverture et le transfert des laboratoires tels que visés dans l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, sont soumis à l'autorisation préalable délivrée par le Ministre chargé de la Santé.

**Article 3** : L'agrément des laboratoires d'hématologie est délivrée aux médecins titulaires d'un diplôme d'études médicales spécialisées (DEMS) en hématologie, ou aux titulaires d'un diplôme étranger reconnu équivalent.

**Article 4** : L'Hématologie se distingue par son caractère clinico-biologique. Les actes et examens pratiqués par l'hématologiste sont précisés dans l'annexe du présent arrêté.

**Article 5** : Le laboratoire d'hématologie peut faire appel, pour les besoins d'une bonne prise en charge diagnostique aux spécialistes en histo-embryologie, en immunologie et en biochimie. L'exercice de ces spécialistes dans le laboratoire s'effectuera dans le cadre de convention ou de contrat écrit.

**Article 6** : Les spécialistes exerçant au niveau du laboratoire sont responsables des résultats rendus et doivent obligatoirement apposer leur signature et timbre humide en bas du document sur lequel figure le compte rendu des analyses médicales relevant de leurs compétences. Lequel document est obligatoirement revêtu du visa du responsable du laboratoire.

**Article 7** : Le laboratoire d'hématologie doit être doté d'une plaque professionnelle apposée sur la porte des locaux du laboratoire ou à l'entrée du laboratoire qui l'abrite. Les seules indications pouvant figurés sur cette plaque professionnelle sont :

- Les noms et prénoms du praticien spécialiste ;
- Les titres universitaires, hospitaliers et scientifiques ;
- Les heures d'ouverture et de fermeture et le numéro de téléphone.

**Article 8** : La demande d'implantation d'un laboratoire d'hématologie est déposée, en double exemplaire, à la direction de wilaya chargée de la santé, celle-ci procède à la vérification du dossier administratif et technique et le transmet au ministère chargé de la santé dans un délai n'excédant pas 30 jours à compter de la date de dépôt du dossier. Cette demande est accompagnée des pièces ci-après énumérées :

- Une demande
- Une copie certifiée conforme à l'originale du diplôme visé à l'article 3 du présent arrêté ;
- Un extrait d'acte de naissance ;
- Un certificat de nationalité algérienne ;
- Un extrait du casier judiciaire n° 3 ;
- Le titre de propriété ou tout autre document justifiant l'exploitation légale du bien immobilier, notamment l'acte de propriété ou le contrat de location ;
- Un plan des lieux au 1/50<sup>ème</sup> précisant la description des locaux, leurs superficies respectives et leur affectation.

**Article 9** : La décision d'implantation est accordée par le Ministre chargé de la santé et transmise au directeur de la santé de wilaya concernée. Une copie de la décision est adressée à l'intéressé.

**Article 10** : La décision d'implantation est valable une (1) année. Ce délai peut être prorogé de trois (3) mois à la demande du bénéficiaire de la décision sur la base d'éléments dûment justifiés.

**Article 11** : à l'issue de l'équipement du laboratoire d'hématologie, une décision de conformité est délivrée par la direction de wilaya chargée de la santé au praticien spécialiste concerné, après visite des lieux.

**Article 12** : l'ouverture du laboratoire est soumise à l'autorisation du Ministre chargé de la santé, sur la base d'un dossier déposé par l'intéressé auprès de la direction de wilaya chargée de la santé.

**Article 13** : le dossier mentionné à l'article 12 ci-dessus comprend les pièces suivantes :

- Demande d'ouverture déposée par l'intéressé ;
- Une copie de la décision de conformité prévue à l'article 11 ;
- La cessation de paiement établie par le dernier employeur dans le cas où le postulant était salarié ;
- La décision de fermeture du laboratoire précédemment exploité dans le cas d'un transfert d'une wilaya à une autre ;
- Document justifiant que l'intéressé est dégagé des obligations du service civil et du service national.

**Article 14** : le transfert d'un laboratoire d'hématologie dans une même wilaya est soumis aux mêmes procédures et dossier prévus dans les articles 8, 11, et 13 du présent arrêté, exception faite du dossier administratif propre à l'intéressé.

**Article 15** : tout manquement aux dispositions du présent arrêté entraîne la fermeture provisoire du laboratoire d'hématologie sans préjudice des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

**Article 16** : les médecins spécialistes en hématologie dûment autorisés, sont tenus de se conformer dans un délai d'une année aux dispositions du présent arrêté.

**Article 17** : le laboratoire doit répondre aux normes techniques en infrastructure et en équipement telles que fixées en annexe du présent arrêté.

**Article 18** : le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du Ministère de la Santé de la population et de la Réforme Hospitalière.

**Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.**

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات  
عمار تو

**ANNEXE A L'ARRETE N° 2976 DU 23 NOVEMBRE 2008 FIXANT LES CONDITIONS D'IMPLANTATION,  
D'OUVERTURE ET DE TRANSFERT D'UN LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE**

Le laboratoire d'hématologie doit obéir aux normes générales suivantes en matière de locaux :

- Le laboratoire doit répondre aux normes d'hygiène et de sécurité
- Il doit disposer d'une superficie suffisante
- Les locaux doivent être suffisamment spacieux pour la circulation des personnes et l'installation des équipements.

Tout laboratoire d'hématologie, doit pour un bon fonctionnement, être organisé autour des espaces suivants :

- 1- Une unité d'accueil et de réception
- 2- Salle d'attente
- 3- Sanitaire
- 4- La surface optimale d'un cabinet de consultation permettant au médecin d'accueillir le malade, de l'examiner et de lui prescrire un traitement dans de bonnes conditions est de 10 à 15 m<sup>2</sup>, et doit comporter au moins :
  - Bureau du médecin
  - Table d'examen
  - Lave-mains
  - Réfrigérateur
- 5- Une salle de prélèvement permettant l'isolement du patient ;
- 6- Une salle affectée aux activités techniques du laboratoire dont la surface est de 16 m<sup>2</sup>. Il est important que cette salle soit bien aérée, équipée en eau et électricité, paillasse et laverie.

**ACTES ET EXAMENS PRATIQUES ET INTERPRETES PAR L'HEMATOLOGISTE**

Examens médicaux :

- Consultation médicale ;
- Ponction ganglionnaire ;
- Ponction médullaire ;
- Biopsie médullaire ;

Examens biologiques :

- Formule numération sanguine ;
- Frottis de sang périphérique (équilibre leucocytaire) ;
- Taux des réticulocytes ;
- Vitesse de sédimentation ;
- Adénogramme ;
- Médullogramme ;
- Apposition médullaire ;
- Enzymes érythrocytaires ;
- Electrophorèse de l'hémoglobine ;
- Acide folique ;
- Vitamine B12 ;
- Test de falciformation ;
- Tests de la résistance osmotique ;
- Hémostase :
  - Temps de saignement ;
  - Temps de coagulation ;
  - Temps de Quick ;
  - Temps de Howell ;
  - Temps de thrombine ;
  - Fibrinogène ;
  - Facteurs de la coagulation.
- Immuno-hématologie :
  - Les groupages sanguins ;
  - Le test de Coombs ;
  - Les anticoagulants circulants ;
  - Electrophorèse des protéines ;
  - Immuno-électrophorèse des protéines.

***Instruction N°06/MSP/DSS/SDCC du 28 juin 1998 relative à l'emploi du personnel paramédical dans les structures sanitaires privées***

**Destinataires :**

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (tous) " pour exécution"

L'amélioration de la prise en charge du malade et en particulier, la relation soignant-soigné, demeure un objectif prioritaire et permanent du Ministère de la Santé et de la Population.

Dans un souci de valoriser cette relation qui est en partie tributaire des prestations exécutées par un personnel paramédical, qualifié et diplômé, il est demandé aux praticiens médicaux installés à titre privé au sein des cabinets de soins et de consultation, de clinique-médico-chirurgicale et autres structures de santé privées, d'employer obligatoirement un personnel paramédical diplômé. A cet effet, il vous est demandé de nous transmettre un état exhaustif du personnel employé dans lesdites structures faisant ressortir leur niveau d'instruction, qualifications et diplômes. Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des wilayas et du Gouvernorat du Grand-Alger doivent veiller à la stricte application de la présente instruction.

Le Directeur des Services de Santé

Signé : **A. GUENNAR**

# **Nomenclature des actes et équipements de certaines spécialités**

**Destinataires :**

Mrs les Wali  
Mrs les D.S.PS.

**Objet :** *A/S nomenclature des actes professionnels et des équipements des médecins spécialistes en Oto-Rhino-Laryngologie (O.R.L) et Ophtalmologie.*

**Références :**

Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, modifiée et complétée et ses articles 208-198.  
Instruction n°00112/MSP/SG du 02 mars 1987 relative aux modalités d'installation des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, généralistes et spécialistes.

**Pièces-jointes :**

Annexe relative aux conditions techniques exigées pour la réalisation de cabinets médico-chirurgicaux (clinique en ambulatoire) des médecins spécialistes en Oto-Rhino-Laryngologie (O.R.L) et Ophtalmologie ;

Les actes professionnels :

1.1. Diplôme :

Les spécialistes en Oto-Rhino-Laryngologie et en Ophtalmologie sont des médecins spécialistes titulaires du diplôme algérien d'études médicales spéciales ou un titre étranger reconnu équivalent, délivrés par le ministère de l'enseignement supérieur.

1.2. Définition générale :

Les médecins spécialistes en Oto-Rhino-Laryngologie (O.R.L) et en Ophtalmologie exercent dans les cabinets de consultation et de soins et dans les cliniques privées qui sont régies par le décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées modifié et complété et ses textes d'application.

En ce qui concerne les cabinets de consultations et de soins et en fonction des actes professionnels qui peuvent y être pratiqués, on distingue deux catégories :

Le cabinet de consultation et de soins où les actes de chirurgie ne peuvent y être pratiqués.

Le cabinet médico-chirurgical ou clinique en ambulatoire où les actes de chirurgie ambulatoire peuvent y être exécutés.

2.1. La structure :

Il s'agit de centre de chirurgie ambulatoire totalement indépendant et autonome ne possédant aucun lit d'hospitalisation. Cependant, tous les moyens doivent exister pour la pratique de la chirurgie (plateau technique etc...). La réalisation et l'aménagement de ce type de structure doit être conforme aux normes techniques et sanitaires telles que fixées par le document joint en annexe.

2.2. L'activité : la chirurgie ambulatoire :

2.2.1. Définition :

La chirurgie en ambulatoire repose sur le principe suivant : le patient, après être vu par l'équipe anesthésiste vient à la clinique ambulatoire (cabinet médico-chirurgical) le matin, est opéré, ramené en salle de réveil et retourne chez lui le soir même.

2.2.2. Critères nécessaires pour assurer au patient le maximum de garanties requises

La qualification de l'opérateur :

Il est indispensable que les actes de chirurgie ambulatoire soient exécutés par un opérateur particulièrement expérimenté, bien entraîné aux actes qu'il se propose d'exécuter et dont il doit connaître à fond toutes les complications possibles.

Equipement et l'installation des locaux :

Les locaux dans lesquels l'acte est exécuté doivent être parfaits et disposer du matériel nécessaire pour faire face à toute complication imprévue (appareillage d'intubation, l'oxygénothérapie, de vide, un respirateur, un électrocardiogramme) sans oublier le personnel capable de s'en servir.

L'exclusion des patients à risque :

Le patient aura été vu, au moins quarante-huit heures au préalable, par un anesthésiste compétent. Les sujets atteints de tares cardiaques ou pulmonaires majeures seront refusés. Il en sera de même pour ceux qui présentent un diabète grave mal équilibré ainsi que les malades sous traitement prolongé aux corticostéroïdes.

L'exécution d'une intervention conforme aux standards classiques :

L'acte sera conduit comme il se doit sans rien changer à la technique d'usage, sous prétexte qu'il est exécuté en ambulatoire. Une attention particulière devra être attachée à une hémostase méticuleuse.

Un opérateur toujours accessible :

L'opérateur ou un de ses collaborateurs immédiats, doivent pouvoir être joints vingt-quatre heures sur vingt-quatre par le patient, son médecin ou son entourage.

Une bonne collaboration avec l'hôpital le plus proche :

En cas d'ennui sévère, le patient doit pouvoir être transféré dans la clinique ou l'hôpital le plus proche de son domicile, organismes avec lesquels l'opérateur ou le médecin de famille devront être en excellents termes relationnels. D'où la nécessité de disposer une ambulance équipée rattachée à la structure.

L'étude des dossiers de demande d'exercice à titre privé de cette activité chirurgicale, dans ce type de structure doit se faire conformément aux procédures réglementaires en vigueur et selon les modalités suivantes :

L'autorisation de réalisation sera délivrée par le wali conformément aux normes techniques et sanitaires préconisées par la présente instruction, (annexe).

Les décisions d'ouverture et de fonctionnement ne seront délivrées qu'après accord de la commission ministérielle (DNOSS) qui étudiera la conformité de la réalisation de la clinique en ambulatoire avec la réglementation en vigueur.

Je vous demanderais de bien vouloir me faire part des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application des dispositions susvisées.

Le Directeur de la Normalisation et de l'Organisation du Système de Santé Signé :

**M. DJAZIRI**

**Annexe a l'Instruction N°113/MSP/DNOSS/SDEASPS du 08 mai 1993 fixant les conditions techniques pour la réalisation des cabinets médico-chirurgicaux des médecins spécialistes en Oto-Rhino-Laryngologie (O.R.L) et Ophtalmologie (clinique en ambulatoire)**

Ce document est élaboré pour servir de guide et de référence à toute réalisation d'un projet de clinique chirurgicale en ambulatoire. Il comporte les recommandations élémentaires pour l'organisation du bloc opératoire et les normes de circulation, en prévention aux risques de l'infection hospitalière et à la sécurité du malade.

Principes d'organisation :

Toute clinique en ambulatoire doit, pour assurer une bonne activité disposer de l'organisation suivante :

Service de consultation

Bloc opératoire

Une circulation hospitalière répondant aux conditions d'hygiène et de sécurité pour le personnel et le malade.

Service d'accueil et de consultations :

Comme il est de tradition dans les établissements sanitaires publics et privés, ce service permet d'accueillir, d'orienter et d'examiner le malade dans les meilleures conditions.

Il comprend :

Un hall d'entrée

Accueil et orientation - standard téléphonique

Attente hommes

Attente femmes

Cabinet de consultations en proportion aux spécialités et à la capacité de la clinique ainsi que pour les attentes

Des sanitaires hommes @ 1 pour 10 personnes

Des sanitaires femmes @ 1 pour 10 personnes

Un local de stockage pharmaceutique

Bureaux d'administration

Circulation consultation.

La surface optimale pour un cabinet de consultation permettant au médecin d'accueillir le malade, de l'examiner et de lui prescrire un traitement dans de bonnes conditions est de 15 m<sup>2</sup>.

Tout cabinet de consultation doit comporter au moins :

Un lavabo

Un local pharmaceutique comprenant des rangements et un réfrigérateur.

Bloc opératoire :

2.1. Prescriptions techniques du bloc opératoire :

Toute organisation de l'activité chirurgicale doit obéir à un respect total des conditions de lutte anti-infectieuse, de la sécurité et du confort de l'opéré. Pour cela, la conception du bloc opératoire se justifie par le principe de l'asepsie progressive dont découlent les recommandations suivantes :

Le bloc opératoire (salle d'opération et annexe), doit être conçu dans une enceinte isolée et protégée du restant des services de la structure. Aménagé au rez-de-chaussée ou sur un autre niveau, il ne sera accessible que pour le personnel du bloc.

Il est généralement organisé de 3 circulations :

Circulation propre sur laquelle donnent les accès aux boxes d'anesthésie, et à la salle de préparation des chirurgiens.

Circulation médicale qui dessert les bureaux et l'entrée des vestiaires.

Il y a lieu d'observer une faible distance à parcourir entre le bloc opératoire et le service de réanimation afin d'assurer une efficacité des soins intensifs.

Les sas successifs doivent permettre l'accès au bloc : Pour le personnel : constitué par la salle de transfert ou d'anesthésie éventuellement. Cette salle doit pouvoir, en outre, permettre le passage de l'opéré sur le chariot du bloc (ce chariot devra être nettoyé et désinfecté après chaque usage). Pour les chirurgiens : constitué par le local de préparation terminale où est revêtue la tenue opératoire, il contiendra le lave-mains.

Tout bloc de chirurgie septique ou aseptique, doit être accompagné d'une salle de repos avec 4 lits dont deux pour le réveil. Au chevet de chaque lit, seront installés une arrivée d'oxygène et un éclairage d'ambiance.

Les couloirs doivent avoir une largeur minimale de 1m 80.

Les portes des salles d'opération, des salles de réveil, et des salles d'anesthésie par où transite le malade doivent être à double battant large d'au moins 1m30.

L'acheminement du matériel de chirurgie dans le bloc opératoire doit être obligatoirement à sens unique, afin d'éviter la contamination en retour.

Il se définit à travers un couloir situé derrière les salles d'opérations, et dont le contact avec ces dernières (les salles) se fera par des guichets comme il est indiqué au point 15. Ce couloir servira à la récupération de l'instrumentation souillée, des pansements et linges sales, il comportera également un coin où sera installé le vidoir. Les instruments sont lavés et désinfectés dans un local propre à cet effet. Ils passent ensuite à travers un guichet dans la salle de stérilisation où est installé l'autoclave à double face. Une fois stérilisés, ils sont récupérés de l'autre côté et rangés dans un local prévu pour le stockage du matériel stérilisé, qui se trouve dans l'enceinte du bloc.

2.2. Prescription techniques pour la salle d'opération :

La salle d'opération aura une forme carrée.

La surface minimale pour les salles d'opérations septiques ou aseptiques doit être de 36 m<sup>2</sup> +- 02%. Toute salle inférieure à cette dimension se verra refuser l'agrément.

Aucune fenêtre n'est admise dans la salle opératoire.

La hauteur nette sous-plafond pour le bloc doit être de 2m 80 à 3m fini pour l'éclairage opératoire.

Les revêtements verticaux des locaux d'un bloc opératoire sont réalisés avec des matériaux de grandes surfaces afin d'éviter les joints. Ils doivent être lisses, résistants aux agents chimiques utilisés pour la désinfection, étanches et ne brûlent pas, ne dégagent pas de fumée en cas d'incendie. Le plâtre et le carrelage ne sont pas admis.

Ces revêtements sont réalisés à base de :

Application d'un enduit polyuréthane

Ponçage

Application de deux couches de peinture émail alkyde résistant à l'alcool et lessivable.

Les murs et les sols ne doivent pas comporter de joints.

Les angles des murs doivent être arrondis dans les salles d'opérations.

L'enduit peinture doit être cellulosique, de couleur préférable bleu ou vert mat.

Les faux-plafonds, quant ils sont réalisés doivent être lisses, étanches, résistants et de faibles transmissions acoustiques.

Les revêtements de sol anti-statique doivent être résistants à l'eau, et aux agents chimiques, avoir une surface anti-dérapante, un comportement suffisant à l'usure et une qualité de confort correcte avec une résistivité de 500.000 OHMS.

L'ambiance sonore intérieure des salles d'opération est de 38 DB(A) avec une tolérance de mesure de + 2 DB.

Des guichets doivent être prévus dans la salle d'opération pour l'évacuation du matériel sur le couloir technique côté sale. De préférence, ces guichets seront réalisés à double portillons, de façon à jouer le rôle des sas.

Chaque salle d'opération sera pourvue de deux guichets :

Le premier : réservé aux instruments de 60 x 60 cm la partie basse est située à + 90 cm du sol fini.  
Le second : situé en bas, et recevra les sacs fermés de linge, déchets et autres.  
Les armoires de rangements ne sont pas conseillées dans les salles d'opération, il est plus intéressant de prévoir des surfaces pour ces rangements à l'extérieur de la salle d'opération mais non éloignée de cette dernière.  
Il est très recommandé d'organiser et de distinguer les zones d'aseptie progressive par des symboles couleurs.

Rouge sale

Jaune infecté

Vert propre

Bleu stérilisé

Ainsi que l'enlèvement des linges et autres déchets à incinérer et mettre dans les sacs portant la même couleur que celle énoncée ci-dessus.

Règles de sécurité pour l'installation technique d'électricité fluides - climatisation et éclairage dans le bloc : à avoir avec rigueur.

15.1. Ventilation - climatisation :

La ventilation de la salle d'opération est fondamentalement asservie aux problèmes soulevés l'aérobio-contamination. Les aspects impliqués sont :

La filtration de l'air

Le renouvellement de l'air

Le recyclage.

Pendant toute la durée des séances opératoires, l'atmosphère des salles d'opération et des salles d'anesthésie doit recevoir un apport d'air neuf ou partiellement recyclé au régime minimal de douze fois par heure le volume de chaque salle avec un minimum de 50m<sup>3</sup> par heure, par personne susceptible d'être présente dans la salle. Ce régime ne doit jamais dépasser le seuil de quinze (15) fois le volume de la salle. L'apport d'air recyclé doit être prélevé uniquement dans la salle traitée.

Le renouvellement d'air est obtenu avec un appareil à ventilation sous UV et filtre absolu de 0,5 U, un recyclage d'air et degré hygrométrique par vapeur de 50 à 60% sous une température de 21°C + ou - 1°. Rappelons qu'en ce qui concerne les cliniques en ambulatoire installées dans les régions chaudes du pays (Sud) où les variations de températures sont très élevées, il est recommandé de prendre les dispositions nécessaires dès conception du bloc opératoire pour assurer des paliers de températures suffisants entre celles de l'extérieur, de l'ordre de 45° et 50°, et celles du bloc de 21° afin d'éviter les chocs thermiques.

Les gaines de soufflage sont de type plafonnier réalisées à 30 cm au dessous du plafond, alors que celles prévues pour la récupération se situent à 30 cm en dessus du sol.

Pour des raisons d'hygiène, les radiateurs ne sont pas admis dans les salles d'opération. Ils sont toujours installés dans les locaux annexes.

15.2. Electricité et sécurité électrique du malade et des chirurgiens :

Ce qui particularise l'installation électrique d'un bloc opératoire, ce sont les dispositions de sécurité, et de prévention dans il doit être équipé pour éviter d'être à l'origine d'explosion, d'électrocution, de parasites; et lui permettre de poursuivre l'essentiel de son action dans diverses hypothèses de pannes courantes. De ce fait, toutes les prises électriques doivent être reliées à une terre électrique.

Le sol anti-statique, quant à lui, est relié à la terre mécanique du bâtiment et l'ensemble est raccordée à l'armoire de protection des équipements du bloc opératoire laquelle est composée de :

Un disjoncteur de 60 A

Un transformateur d'isolement de 10 KVA

Une protection individualisée pour chaque appareil en fonction de l'ampérage

Un disjoncteur différentiel de 30 A pour prises anti-déflagrante

Un contrôleur vigile OHM pour les défauts de terre avec voyant et signal sonore

Une barrette de terre de 500 OHM.

Eclairage de secours :

Afin de palier à toutes éventualités et afin d'assurer toute la sécurité aux malades; une clinique doit être dotée de 2 groupes électrogènes de secours d'une puissance suffisante afin d'alimenter toute la clinique en courant alternatif.

Ces groupes électrogènes doivent être reliés de façon à ce que le premier se déclenche quand une coupure de courant du secteur intervient. Et le deuxième groupe se déclenche si le 1er groupe électrogène est défaillant. Ce genre d'équipement nécessite énormément d'entretien, afin d'être efficace lors des coupures d'électricité.

Il est recommandé de les faire tourner à vide une fois par semaine pendant ½ heure. En additif à ces deux groupes électrogène, un éclairage de secours opératoire d'une autonomie de deux heures (Scialytique à batterie) est obligatoire.

A l'intérieur de la salle :

Sur le mur côté unité technique, seront réalisés à 30 cm du sol, et dans l'axe de la salle trois prises anti-déflagrante : deux prises de 16 A

une prise de 32 A.

Sur le mur opposé, et toujours dans l'axe de la salle à 30 cm du sol sont installées trois prises électriques normales :

deux prises de 16 A

une prise de 32 A.

Aucune canalisation étrangère au service opératoire (d'électricité de chauffage, de fluides etc...) ne doit le traverser.

15.3. L'éclairage :

Les besoins de la salle d'opération sont de deux types :

l'éclairage du champ opératoire

l'éclairage d'ambiance.

L'éclairage opératoire :

La lampe opératoire est une des pièces fondamentales de l'équipement de la salle. Le modèle le plus courant est celui du Scialytique situé dans l'axe de la salle et ayant une luminosité de 100.000 lux à 130.000 lux. La résistance du plafond est subordonnée au poids du Scialytique, ex: pour un poids brut de 190 kg il faut une résistance au plafond de 350 kg/m<sup>2</sup>.

La prise de courant alimentant la radio mobile doit être située à plus de 1m 60 du sol et comportant l'inscription : "réservée exclusivement à l'appareil de radiologie".

L'éclairage d'ambiance :

L'éclairage d'ambiance de la salle d'opération doit permettre au chirurgien qui lève les yeux du champ opératoire, d'observer le plateau d'instruments, de lire une mesure sur un cadran etc... En général, l'intensité du flux lumineux est de 1.000 à 10.000 lux.

15.4. Fluides médicaux :

La pression de l'air comprimé dans les réseaux du bloc opératoire est de 3,5 à 4,5 bars. On prévoit entre autre, une évacuation de gaz anesthésiant du local pour éviter les risques des malformations congénitales pour les anesthésistes travaillant dans le bloc.

Chauffage - climatisation :

L'ensemble des locaux du cabinet de chirurgie ambulatoire sera chauffé par radiateurs sauf le bloc opératoire. Ces derniers doivent être climatisés l'été et l'hiver à des températures de 20°C et 25°C + 1°C. Les prises d'air extérieur doivent être fixées le plus haut possible au dessus du sol. Les entrées d'air doivent être placées à 7,50 m minimum de toute bouche d'extraction, de cheminée etc...



La hauteur minimale recommandée pour les bouches d'extraction au dessus du plancher est de 75 mm.  
Une circulation hospitalière obéissant aux conditions d'hygiène et de sécurité :

Toute étude ou conception d'une clinique en ambulatoire doit bénéficier d'une considération particulière pour les circulations internes.

- circulation du malade
- circulation du linge sale
- circulation du linge propre
- ramassage des débris
- circulation du matériel stérile/seringues/aiguille etc...
- circulation du matériel utilisé
- circulation des visiteurs.

Normes techniques : Centrale de production

Oxygène :

Stockage de bouteilles avec rampes de branchement et dispositif inverseur assurant le passage automatique de la rampe en service à la rampe en réserve.

Pression : 3,5 bars.

Vide :

Réalisé à partir de deux ensembles moto-pompes avec réservoir tampon et tous organes de commande et de contrôle.

Pression : 700 mm/Hg.

Prises rapides double clapet avec repérage.

Air comprimé :

Produit par deux groupes identiques moto-compresseurs avec réservoir, dispositifs de filtration et tous organes de commandes et de contrôle qualité SEC 4.

Protoxyde d'azote :

Stockage primaire à 8 bars, réseau secondaire à 3,5 bars, analogues à ceux prévus pour l'oxygène.

Distribution

Oxygène :

Réseau primaire à 8 bars, réseau secondaire à 3,5 bars, chaque piquage sur le réseau primaire rejoindra un poste de détente situé de préférence dans les bureaux des surveillants, alimentant les points d'utilisation par l'intermédiaire des réseaux secondaires. Chaque piquage alimentera 25 prises maximum.

Vide :

Le collecteur primaire d'aspiration rejoindra des postes d'isolement situés de préférence dans le bureau des surveillants, à partir desquels seront alimentés les points d'utilisation par l'intermédiaire des réseaux secondaires.

Chaque piquage alimentera 25 prises maximum.

De pression aux points d'utilisation 700 mm/Hg.

Air comprimé :

Réseaux primaires et secondaires de conception analogues à ceux de l'oxygène. En aval de chaque poste de détente, il faut une filtration supplémentaire ramenant l'air distribué à chaque prise, à une qualité de type SEC 4.

Pression 6 à 7 bars pour le bloc opératoire 3,5 à 4,5 bars pour les autres locaux en fonction de l'appareillage.

Protoxyde d'azote :

Réseaux primaires et secondaires de conception analogue à ceux de l'oxygène pression 3,5 bars, débit 15.

Dispositions diverses :

Les cliniques de chirurgie en ambulatoire doivent être directement accessibles par voie mécanique (accessibilité au bloc opératoire) ;

L'approbation de l'installation par l'organisme de la protection civile pour prévenir les risques d'incendie potentiels dans ce genre d'établissement ainsi que du CTC pour ce qui est des reconversions, doit être demandée ;

Les vidoirs ne doivent pas être reliés aux égouts communs pour éviter la prolifération des microbes et la contamination du voisinage;

Les déchets organiques, pansements etc... du bloc doivent être obligatoirement incinérés; les cheminées d'incinérateur doivent dépasser en hauteur les constructions avoisinantes pour ne pas causer de gêne ;

Pour la stérilisation il y a lieu d'installer pour le besoin du bloc un autoclave et un poupinel.

**Destinataires :**

Messieurs les Wali  
Messieurs les D.S.P.S.

**Objet :** *A/S nomenclature des actes professionnels et des équipements des médecins spécialistes en endocrinologie et métabolisme (diabétologie).*

**Références :**

Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée notamment ses articles 208-198.

Instruction n°00112/MSP/SG du 02 mars 1987 relative aux modalités d'installation des médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, généralistes et spécialistes.

**Pièces-jointes :**

Annexe à l'instruction n°559/93/MSP/DNOSS/SDEAPS du 13 novembre 1993.

Les actes professionnels :

1.1. Diplôme :

Les spécialistes en Endocrinologie et Métabolisme (Diabétologie) sont des médecins spécialistes titulaires du diplôme algérien d'études médicales spéciales ou d'un titre étranger reconnu équivalent, délivré par le Ministre chargé de l'enseignement supérieur.

1.2. Définition générale :

Les médecins spécialistes en Endocrinologie-Diabétologie exercent dans les cabinets de consultation et de soins et dans les cliniques privées qui sont régies par le décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées modifié et complété et ses textes d'application.

En ce qui concerne les cabinets de consultations et des soins et en fonction des actes professionnels qui peuvent y être pratiqués, on distingue deux (02) catégories.

le cabinet de consultation et de soins classique

la clinique diabétologique en ambulatoire où des patients sont admis pour la journée pour y subir des soins.

2. La clinique diabétologique en ambulatoire :

2.1. La structure :

Il s'agit d'un centre de diabétologie ambulatoire totalement indépendant et autonome ouvert de 8h à 18h, ne permettant en aucun cas l'hospitalisation.

Cependant, tous les moyens doivent exister pour la pratique de la diabétologie (plateau technique: consultation, laboratoire dirigé par un biologiste diplômé, salle de surveillance, salle d'éducation).

La réalisation et l'aménagement de ce type de structure doit être conforme aux normes techniques et sanitaires telles que fixées par le document joint en annexe.

2.2. L'activité : la surveillance diabétologique

2.2.1. Définition :

La surveillance diabétologique en ambulatoire repose sur le principe suivant : le patient est vu le matin en consultation, mis sous surveillance si nécessaire pendant la journée et retourne chez lui le soir même.

Elle concerne :

Les patients nécessitant une mise en route d'un traitement insulinaire avec enseignement du malade et de sa famille (technique de l'injection d'insuline, apprentissage de l'autosurveillance par des glycémies capillaires, notions de diététiques etc...).

Les malades déséquilibrés nécessitant un réajustement thérapeutique de quelques heures (hypoglycémie, pré coma).

La prise en charge des pieds infectés (gangrène).

Les patients devant subir une intervention chirurgicale nécessitant au préalable un contrôle stricte du diabète.

Critères nécessaires pour assurer au patient le maximum de garanties requises :

3.1. La qualification :

Il est indispensable que tous ces actes soient assurés par un diabétologue particulièrement expérimenté, bien entraîné aux actes qu'il se propose d'exécuter et dont il doit connaître à fond toutes les complications possibles.

3.2. L'équipement et l'installation des locaux :

Les locaux dans lesquels la surveillance est effectuée doivent être parfaits et disposer du matériel nécessaire pour faire face à toutes complications imprévues (pousse seringue à insuline, lecteur glycémique, biologie d'urgence, électrocardiogramme oxygénothérapie) sans oublier tout le personnel capable de s'en servir.

3.3. L'exclusion des patients à risques :

Les patients atteints de tares cardiaques ou pulmonaires majeures, les comateux seront récusés et dirigés vers les services hospitaliers.

3.4. Un diabétologue toujours accessible :

Le diabétologue ou ses collaborateurs immédiats, doivent pouvoir être joints 24h sur 24 ; par le patient, son médecin ou son entourage.

3.5. Une bonne collaboration avec l'hôpital le plus proche :

En cas d'ennuis sévères, le patient doit pouvoir être transféré dans la clinique ou l'hôpital le plus proche de son domicile, organismes avec lesquels le diabétologue ou le médecin de famille doivent être en excellents termes relationnels. D'où la nécessité de disposer d'une ambulance équipée rattachée à la structure.

Procédures :

L'étude des dossiers de demande d'exercice à titre privé de cette activité, dans ce type de structure doit se faire conformément aux procédures réglementaires.

L'autorisation de réalisation sera délivrée par le wali (DSPS) conformément aux normes techniques et sanitaires préconisées par la présente instruction (annexe).

Les décisions d'ouverture et de fonctionnement seront délivrées par le wali (DSPS). Une copie de ces décisions devra être transmise au Ministère de la Santé et de la Population (DNOSS).

Je vous demanderais de bien vouloir me faire part des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application des dispositions susvisées.

Le Directeur,  
Signé: **Pr. M. BENKALFAT**

## Annexe à l'Instruction n°559/93/MSP/SDEASPS du 13 novembre 1993

Ce document est élaboré pour servir de guide et de référence à toute réalisation d'un projet de clinique ambulatoire de diabétologie. Il comporte les recommandations élémentaires pour l'organisation de la prise en charge effective des diabétiques.

Principe d'organisation :

Toute clinique en ambulatoire doit pour assurer une bonne activité disposer de l'organisation suivante :

unité de consultation  
unité de laboratoire  
unité de surveillance et de soins  
unité d'éducation.

Service d'accueil et de consultation :

Comme il est de tradition dans les établissements sanitaires publics et privés, cette unité permet d'accueillir, d'orienter et d'examiner le malade dans les meilleures conditions.

Il comprend :

un hall d'entrée  
accueil et orientation - standard téléphonique  
attente hommes et femmes  
cabinet de consultation en proportion aux spécialités et à la capacité de la clinique  
des sanitaires hommes et femmes (1 pour 10 personnes)  
un local de stockage pharmaceutique  
bureaux d'administration  
circulation de consultation

La superficie optimale pour un cabinet de consultation permettant au médecin d'accueillir le malade, de l'examiner et de lui prescrire un traitement dans de bonnes conditions est de 15 m<sup>2</sup>.

Tout cabinet de consultation doit comporter au moins :

un lavabo  
un local pharmaceutique comprenant des rangements et un réfrigérateur.

Unité laboratoire :

Doit permettre de réaliser :

un bilan d'urgence orienté vers le diabète (glycémie, urée, créatine, cholestérol, triglycérides, réserve alcaline, ionogramme).  
Les examens de routine habituels.

Ce laboratoire est tenu par un pharmacien biologiste titulaire du DEMS de biologie clinique ou d'un titre étranger reconnu équivalent;

Elle comporte :

un laboratoire équipé (spectrophotomètre, centrifugeuse, verreries, bain-marie, réfrigérateur, congélateur, arrivée de gaz, poubelle, microscope...).

Une salle de prélèvement.

Une salle d'attente.

Unité de surveillance et de soins :

Comporte 4 lits pour femmes et 4 lits pour hommes séparés répondant aux normes requises (7 m<sup>2</sup> par lit, aération, chauffage, climatisation).

Au chevet de chaque lit seront installés une arrivée d'oxygène et un éclairage d'ambiance. Chaque lit disposera d'un lecteur de glycémie, d'un pousse seringue à insuline.

L'unité disposera d'un électrocardiographe, et d'un frigidaire pour le stockage des médicaments.

Unité d'éducation :

Comporte : 50 m<sup>2</sup>

une salle pouvant recevoir une dizaine de personnes (malades et leur famille).

du matériel didactique d'éducation diabétologique: livres manuels, diapositives, posters, réactifs, seringues, insuline.

Cette unité permet l'apprentissage et le perfectionnement des connaissances des patients et de leur famille vis à vis de la prévention des complications de leur affection et de sa prise en charge.

Ces quatre unités auront un fonctionnement autonome tout en étant interdépendantes.

**Arrête N°07/MSP/MIN du 25 février 1995 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement et d'exploitation des Centres d'Hémodialyse à titre privé**

Le Ministre de la santé et de la population ;  
Vu la loi n°88-15 du 03 mars 1988 modifiant et complétant la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé;  
Vu le décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, modifié;  
Vu le décret exécutif n°90-124 du 30 avril 1990 fixant les attributions du Ministre de la santé.

**ARRETE :**

**Article 1 :** L'exploitation et le fonctionnement des centres d'hémodialyse privés sont soumis aux dispositions du décret n°88-204 du 18 octobre 1988 sus-visé et à celles du présent arrêté.

**Article 2 :** Le centre d'hémodialyse est une unité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par les méthodes "d'épuration extra-rénales".

**Article 3 :** Le centre d'hémodialyse est assimilé à une clinique de type ambulatoire, lorsque seul le traitement de l'insuffisance rénale chronique y est dispensé.

Il peut faire partie d'une clinique de type médical ou médico-chirurgical; dans ce cas, il est obligatoirement attaché à un service de néphrologie.

**Article 4 :** La capacité d'un centre d'hémodialyse ne peut être inférieur à cinq (05) et supérieur à douze (12) appareils d'hémodialyse. Le centre doit disposer d'un appareil de réserve pour une capacité ne dépassant pas six (06) et de deux (02) appareils de réserve pour une capacité supérieure à six (06).

**Article 5 :** La direction médicale du centre doit être assurée par un médecin spécialiste en néphrologie.

**Article 6 :** Le nombre de patients qui y sont traités de façon périodique ne peut dépasser soixante (60).

**Article 7 :** Le nombre de séances journalières d'hémodialyse dans chaque centre ne peut être supérieure à trois (03), sauf cas d'urgence certifiée, autorisation expresse du Ministre de la santé et de la population.

**Article 8 :** Le nombre de séances hospitalières hebdomadaires par patient ne peut être supérieure à trois (03), sauf pour raisons médicales dûment justifiées.

**Article 9 :** La durée d'une séance d'hémodialyse pour un patient ne peut être en aucun cas inférieure à trois (03) heures.

**Article 10 :** Le centre d'hémodialyse doit pouvoir assurer au minimum, les examens biologiques suivants, sauf si ceux-ci sont sous traités.  
urée sanguine  
créatinémie

calcémie

phosphorémie.

En dehors des cas d'urgence, le service de laboratoire d'analyses médicales du centre d'hémodialyse assure ces prestations exclusivement aux malades traités par le centre.

**Article 11 :** Une garde médicale et paramédicale doit être assurée le personnel y exerçant.

**Article 12 :** Les normes exigées pour l'exploitation d'un centre d'hémodialyse sont fixées conformément à l'annexe jointe du présent arrêté.

**Article 13 :** Le présent arrêté sera publié au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Population.

Alger, le 25 février 1995

Le Ministre de la Santé et de la Population

Signé : **Yahia GUIDOUM**

**Annexe a l'arrêté n°007/MSP/MIN du 25 février 1995 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi que les conditions de fonctionnement et d'exploitation des Centres d'Hémodialyse à titre privé**

**Normes en personnels :**

**Personnel médical :**

Un (01) médecin dialyseur pour 25 malades. Le médecin dialyseur peut être spécialiste en néphrologie ou, à défaut, spécialiste en médecine interne ou en anesthésie réanimation ayant fait dans son cursus de la néphrologie et de l'hémodialyse, ou encore généraliste reconnu compétent en hémodialyse.

Le médecin dialyseur doit être physiquement présent du début à la fin de la séance d'hémodialyse.

**Personnel paramédical :**

Un (01) agent paramédical pour trois (03) machines d'hémodialyses fonctionnelles. Le personnel paramédical doit avoir effectué, au préalable, un stage de formation d'au moins trois (03) mois dans un centre d'hémodialyse d'un établissement hospitalier public, sanctionné par une attestation de compétence en hémodialyse délivrée par le chef de service.

Toute faute constatée au cours d'exercice, due à une insuffisance de formation dûment établie, engage la responsabilité du ou des chef(s) de services, formateur et utilisateur.

**Personnel technique et de service :**

Un (01) technicien de maintenance, ou à défaut, un contrat établi avec une société de maintenance.

Un (01) agent d'hygiène pour une salle de (04) machines.

Un (01) agent de sécurité.

**Normes en locaux :**

Les centres d'hémodialyses privés doivent obéir aux normes générales suivantes en matière des locaux :

Etre situés dans un environnement sain et ne présentant pas de danger pour la sécurité des malades.

Etre dotés d'une climatisation et d'installation technique agréées par le ministère de la santé et de la population.

Répondre aux normes de sécurité conformément aux prescriptions des services de la protection civile.

Les locaux doivent être suffisamment spacieux pour la circulation des personnes et des équipements.

Un ou plusieurs salles d'hémodialyse ayant au minimum une superficie de 6 m<sup>2</sup> par poste de dialyse (le poste de dialyse est représenté par le lit + machine).

Deux (02) cabinets de toilettes au minimum sont mis à la disposition des malades.

Une salle de repos et d'urgence de deux lits, équipée de sources d'oxygène et d'un système d'aspiration.

Une salle d'isolement pour malades porteurs d'une maladie transmissible par le sang.

Un local pour la station de traitement de l'eau, sauf si les générateurs sont équipés de modules de traitement d'eau individuel.

Une salle de stérilisation.

Une salle de stockage des médicaments, des filtres et du liquide de dialyse.

Une salle équipée pour les examens biologiques prévue par l'article 9 du présent arrêté, si ceux-ci sont sous-traités.

**Normes en équipements :**

Les machines d'hémodialyses doivent pouvoir fonctionner avec des filtres de type capillaire ou plaques.

La machine d'hémodialyse doit comporter des accessoires de sécurité qui sont au minimum.

Une pompe à sang

Un détecteur d'hémoglobine

Un manomètre de mesure de la pression veineuse

Un détecteur de niveau d'eau

Un électroclamp automatique

Un système de stérilisation chimique et thermique.

Une machine d'hémodialyse peut être remplacée par une machine d'hémofiltration comportant les mêmes dispositifs de sécurité.

La centrale de traitement d'eau (celle-ci n'est pas obligatoire si les machines sont équipées d'un système individuel) doit comporter : obligatoirement, deux (02) adoucisseurs dont la capacité sera précisée en fonction du nombre des machines.

deux appareils d'osmose inverse, si les adoucisseurs ne permettent pas d'obtenir une eau conforme aux normes exigées.

une (01) boucle de recirculation

des bâches de réserve d'eau SONADE en amont et des bâches d'eau traitée en aval

un autoclave ou un poupinel pour quatre machines d'hémodialyse

un matériel d'intubation

un groupe électrogène de secours

une source d'oxygène pour chaque poste d'hémodialyse

un dispositif d'aspiration fixe ou mobile

des lits articulés permettant la position de trendelenbourg

un chariot d'urgence comportant au minimum : un défibrillateur

un cardioscope

balance pour peser les patients

une ambulance équipée conformément à la réglementation en vigueur ou à défaut, un contrat établi par un service de transport sanitaire privé.

**Normes requises pour l'eau utilisée en hémodialyse :**

Les taux maximums tolérés dans l'eau destinée à l'hémodialyse pour les éléments suivants sont de :

2 mg/1 pour le calcium

1,2 mg/1 pour le magnésium

0,01 mg/5 pour l'aluminium

5mg/1 pour les sulfates

0,2mg/5 pour les nitrates

0.5mg/1 pour les fluorures

0,2mg/1 pour l'ammonium

5mg/1 pour le sodium

2mg/1 pour le potassium

50mg/1 pour les chlorures

0,05mg/1 pour le zinc

0,1mg/1 pour l'étain

0,004mg/1 pour le mercure.

La qualité du traitement de l'eau doit être contrôlée tous les trimestres par des analyses bactériologiques et physico-chimiques (en particulier de dosage du calcium et de l'aluminium) qui doivent être effectuées dans un laboratoire agréé.

**Arrêté du 17 Moharram 1423 correspondant au 31 mars 2002 Fixant les conditions spécifiques d'ouverture et de fonctionnement ainsi que les normes techniques et sanitaires du centre d'hémodialyse allégé de proximité.**

Le ministre de la santé et de la population,

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988, modifié et complété, fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, notamment son article 2 ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

**Arrête:**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de fixer les conditions spécifiques d'ouverture et de fonctionnement ainsi que les normes techniques et sanitaires du centre d'hémodialyse allégé de proximité, dénommé ci-après "le centre", en application des dispositions de l'article 2 du décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 susvisé.

**Article 2** : Le centre est une clinique de type ambulatoire régie par les dispositions du décret n° 88-204 du 18 octobre 1988, susvisé.

**Article 3** : Le centre est rattaché, au plan fonctionnel, à une structure publique de référence et de proximité, disposant d'un service de néphrologie ou, à défaut, d'un service de médecine interne ou d'anesthésie-réanimation.

La structure publique de référence assure la prise en charge d'éventuelles complications du malade suivi par le centre et participe à la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux relevant de ce centre.

**Article 4** : L'orientation des malades vers les centres est assurée par la structure publique de référence, en tenant compte du lieu de résidence du malade, de son état de santé et des capacités d'accueil de ces centres.

**Article 5** : Les conditions pratiques de mise en œuvre des dispositions des articles 3 et 4 ci-dessus sont fixées conjointement par la structure publique de référence et le centre par voie contractuelle.

**Article 6** : Toute création de centre doit répondre à des besoins déterminés par le ministre chargé de la santé compte tenu des données épidémiologiques en matière d'insuffisance rénale.

**Article 7** : Le fonctionnement du centre est assuré par des équipes de travail dirigées chacune par un médecin spécialiste ou généraliste justifiant de deux années d'exercice effectif de l'activité d'hémodialyse.

La présence physique du médecin est indispensable durant la période de travail.

Outre le médecin, l'équipe de travail comprend :

— deux (2) paramédicaux ;

— un (1) agent d'hygiène.

Le centre doit disposer, également, d'un technicien en maintenance ou, à défaut, établir un contrat avec une société de maintenance dûment habilitée.

**Article 8** : La capacité du centre ne peut être inférieure à 4 ni supérieure à 8 appareils d'hémodialyse.

Un appareil d'hémodialyse est réservé aux patients porteurs de lésions virales.

**Article 9** : Le centre doit répondre obligatoirement aux normes techniques en infrastructures et en équipements telles que fixées en annexe du présent arrêté.

**Article 10** : Le centre est tenu d'assurer l'éducation sanitaire requise par l'état des malades sous épuration extra-rénale dans toutes ses formes.

**Article 11** : Le centre doit disposer d'une ambulance pour permettre l'évacuation des malades en urgence ou, à défaut, justifier d'un contrat établi avec une entreprise de transport.

**Article 12** : Le centre est tenu d'assurer la continuité et la permanence de l'activité d'hémodialyse.

**Article 13** : Toute modification des conditions fixées aux articles 7, 8, 9 et 11 du présent arrêté est subordonnée à l'autorisation expresse et préalable du wali territorialement compétent.

**Article 14** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Moharram 1423 correspondant au 31 mars 2002.

**Abdelhamid ABERKANE.**

ANNEXE  
**NORMES TECHNIQUES EN INFRASTRUCTURES ET EN EQUIPEMENTS DU CENTRE  
D'HEMODIALYSE ALLEGE DE PROXIMITE**

**I - NORMES EN INFRASTRUCTURES :**

- 1 — Les centres d'hémodialyse allégés de proximité doivent obéir aux normes générales suivantes en matière de locaux :
  - être situés dans un environnement sain et ne présentant pas de danger pour la sécurité des malades ;
  - être dotés d'une climatisation et d'installations techniques agréées par l'autorité sanitaire locale ;
  - répondre aux normes de sécurité conformément aux prescriptions des services de la protection civile ;
  - les locaux doivent être suffisamment spacieux pour la circulation des personnes et des équipements.
- 2 - une ou plusieurs salles d'hémodialyse ayant au minimum une superficie de 6 m<sup>2</sup> par poste de dialyse (le poste de dialyse est représenté par le lit et la machine) ;
- 3 — deux (2) cabinets de toilettes au minimum sont mis à la disposition des malades ;
- 4 - une salle de repos équipée d'obus d'oxygène et d'un système d'aspiration ;
- 5 - un local pour la station de traitement de l'eau, sauf si les générateurs sont équipés de modules de traitement d'eau individuels ;
- 6 - une salle de stockage de médicaments, de filtres et de liquide de dialyse ;
- 7 - une salle équipée pour les examens biologiques sauf si ceux-ci sont sous traités.

**II - NORMES EN EQUIPEMENTS :**

Les machines d'hémodialyse doivent pouvoir fonctionner avec des filtres de type capillaire ou des plaques, Le générateur de dialyse est conçu de deux modules :

- le module sanguin ;
- le module hydraulique.

**1 - Le module sanguin :**

Ce module comporte nécessairement :

- une pompe à sang ;
- un capteur de pression veineuse ;
- un détecteur d'air ;
- un détecteur d'amorçage ;
- le clamp artériel et le clamp veineux.

**2 - Le module hydraulique :**

Est composé essentiellement de :

- un conductivimètre ;
- un thermomètre ;
- un dispositif de dégazage ;
- un moniteur de pression ;
- un maîtreur d'ultrafiltration ;
- un détecteur de fuite de sang ;
- un module d'aspiration acétate, bicarbonate et acide (dialyse bicarbonatée) ;
- des dialyseurs à membranes synthétiques.

**3 - Désinfection du générateur de dialyse :**

- désinfection thermique ;
- désinfection chimique ;
- décalcification.

La centrale de traitement d'eau pour hémodialyse doit délivrer une eau de très bonne qualité, tant du point de vue physico-chimique que microbiologique. Celle-ci n'est pas obligatoire si les machines sont équipées d'un système individuel.

La boucle de traitement de l'eau doit comporter :

**1 - Un dispositif de pré-traitement :**

Composé essentiellement de :

- un filtre à sable et filtre (20 il) à cartouches jetables ;
- un filtre à charbon actif ;
- deux adoucisseurs ;
- un osmoseur ;
- des bâches de réserve d'eau.

**2 - Equipement médical :**

- un matériel d'intubation ;
- un dispositif d'aspiration mobile ;
- utilisation d'un matériel stérile et jetable.

**3 - Autres équipements :**

- un groupe électrogène de secours ;
- des lits ou fauteuils articulés permettant la position de trendelenbourg ;
- balance pour peser les patients.

**III - NORMES REQUISES POUR L'EAU UTILISEE EN HEMODIALYSE :**

Les taux maximums tolérés dans l'eau destinée à

l'hémodialyse pour les éléments suivants sont de :

- 2 mg/1 pour le calcium ;
- 1,2 mg/1 pour le magnésium ;
- 0,01 mg/5 pour l'aluminium ;
- 5 mg/1 pour les sulfates ;
- 0,2 mg/5 pour les nitrates ;
- 0,5 mg/1 pour les fluorures ;
- 0,2 mg/1 pour l'ammonium ;
- 5 mg/1 pour le sodium ;
- 2 mg/1 pour le potassium ;
- 50 mg/1 pour les chlorures ;
- 0,05 mg/1 pour le zinc ;
- 0,1 mg/1 pour l'étain ;
- 0,004 mg/1 pour le mercure.

La qualité du traitement de l'eau doit être contrôlée trimestriellement par des analyses bactériologiques et physico-chimiques (en particulier du dosage de calcium et de l'aluminium) qui doivent être effectuées par un laboratoire agréé.



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET LA REFORME HOSPITALIERE  
DIRECTION DES SERVICES DE SANTE**

DIRECTION DES SERVICES DE SANTE  
MADAME ET MESSIEURS  
LES DIRECTEURS DE LA SANTE ET DE LA POPULATION (Tous)

**NOTE DE SERVICE N°01 DU 10 OCTOBRE 2010 RELATIVE A L'APPROVISIONNEMENT  
DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES, EN SANG ET DERIVES LABILES.**

Réf :

- Décret exécutif n°07-321 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés notamment, l'article 14 ;
- Arrêté du 24 mai 1998 relatif aux conditions de distribution du sang et de ses dérivés labiles ;
- Décision n°97/MSP/SP/MIN du 18 octobre 1998 portant convention type relative aux conditions et aux modalités d'approvisionnement et de cession des produits sanguines labiles.

Mon attention a été attirée sur les difficultés que rencontreraient les établissements hospitaliers et les centres d'hémodialyses privés pour leur approvisionnement auprès des établissements de santé publics en sang et dérivés labiles et ce, malgré les conventions dûment établies entre ces établissements.

Faut-il rappeler qu'il s'agit là, d'une disposition réglementaire faisant obligation à l'établissement public disposant d'une structure de transfusion sanguine, à établir ce type de convention. Ceci constitue une garantie à nos malades pour accéder à des soins de qualité quelque soit l'établissement de santé d'accueil.

Pour cela, il vous appartient de veiller sur la facilitation d'établir ce type de convention entre les établissements publics et privés.

Par ailleurs, il y a lieu d'insister auprès des directeurs médicaux des établissements de santé privés à l'effet qu'ils suscitent, en sensibilisant, le don de sang auprès des parents des malades et de veiller à ce que les commandes en ces produits soit en rapport avec les besoins réels de l'établissement pour éviter tous les abus.

Je vous demande d'assurer une large diffusion de cette note auprès des établissements concernés.

LE DIRECTEUR DES SERVICES DE SANTE  
Dr GHENAR A.



**Instruction N°169/MSP/DNOSS/SDEASPS du 12 avril 1993 relative à la nomenclature des actes professionnels et des équipements des médecins spécialistes en anatomie, pathologie, (laboratoire d'anatomie-pathologie)**

**Objet :** A/S Nomenclature des actes professionnels et des équipements des médecins spécialistes en anatomie-pathologie. (Laboratoire d'anatomie-pathologie).

**Références :**

Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

Décret n°76-111 du 23 octobre 1976 portant réglementation de l'exercice du laboratoire d'analyses médicales.

Instruction n°112/MSP/SG du 02 mars 1987 relative aux modalités d'installation des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes, Généralistes et Spécialistes.

Actes professionnels :

1.1. Définition générale :

L'anatomie-pathologie et la cytopathologie sont un ensemble de moyens et de techniques de diagnostic histologique et cytologique.

L'anatomopathologiste est un spécialiste titulaire d'un diplôme d'études médicales spéciales ou un titre étranger reconnu équivalent délivrés par le Ministre chargé de l'Enseignement Supérieur.

1.2. Examens réalisés :

Diagnostic cytopathologique

Diagnostic histopathologique.

Ces diagnostics sont faits selon des techniques diverses qui tiennent compte de la nature et de la complexité des prélèvements à traiter.

2. Equipements :

2.1. Equipements médicaux de base obligatoire :

1 paillasse (plan de travail).

Microscope binoculaire à 4 objectifs.

Microtome.

Plaque chauffante.

Alcomètre.

Pointe - Diamant.

Lame et lamelles.

Unicasstes.

Moules à bloc.

Matériel à étalement.

Matériel de mensuration (poids et tailles des pièces).

Matériel de coupe (couteaux - bistouri - pinces).

2.2. Equipements médicaux conseillés et souhaitables :

Bain marie.

Circulateur (histotec).

Cryostat.

2.3. Equipements mobilier :

1 bureau.

1 réfrigérateur - congélateur.

2 chaises.

1 fichier médical.

1 registre d'activités.

Cachet portant le nom du médecin.

1 machine à écrire.

3. Produits :

Paraffine.

Alcools.

Formols.

Solvants.

Colorants.

4. Locaux : Le laboratoire doit comprendre :

1 local de macroscopie.

1 local pour l'inclusion, la microtomie et la coloration.

1 local pour les examens microscopiques et des réserves.

5. Relations avec les confrères :

Les prélèvements sont acheminés par le malade lui-même, un parent ou un infirmier.

Ils seront obligatoirement accompagnés d'une fiche de renseignements dûment remplie par le médecin traitant.

Un numéro d'enregistrement est attribué à chaque prélèvement.

Un compte rendu cytologique et histologique sera délivré sous pli confidentiel au médecin traitant et un double sera conservé dans les archives.

En cas de difficultés diagnostic, des lames blanches peuvent être fournies ou adressées à un autre laboratoire choisi soit par le médecin traitant; soit par l'Anatomopathologiste.

Vous voudriez bien veiller à l'application des dispositions de la présente instruction.

Le Directeur de la Normalisation et de l'Organisation du Système de Santé

Signé : **M. DJAZIRI**

**Circulaire N°731 du 24 Juin 1990  
(abrogée)**

**Destinataires :**

**Messieurs :**

Les Walis (cabinets) "pour information"

Le Directeur Général de la CNASSAT "pour information"

Les Chefs de Divisions de la Santé et de la Population (service de la santé) "pour exécution"

**Objet :** Actes d'échographie pratiqués par les médecins installés à titre privé.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en plus des médecins radiologues, les médecins gynécologues, les cardiologues, les internistes et les gastro-entérologues sont habilités à acquérir et à utiliser l'échographe dans l'exercice des actes relevant exclusivement de leurs spécialités respectives, en attendant la parution de textes réglementaires pour les autres praticiens installés à titre privé.

A cet effet, la codification de leurs actes d'échographie se fera sur la base de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes de janvier 1987.

J'attire votre attention sur la nécessité d'assurer la plus large diffusion de cette circulaire auprès de tous les organismes intéressés ainsi qu'auprès des praticiens concernés.

Le Directeur de la Normalisation et de l'Organisation du Système de Santé

Signé : **A. BOUZID**

**Circulaire N°116 du 24 février 1992  
(modifiée et complétée)**

**Destinataires :**

**Messieurs :**

Les Walis (cabinets) "pour information"  
Les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale "pour exécution"  
Le Directeur Général de la CNASSAT "pour information"

**Objet :**

Mise en application des recommandations du Comité National Médical de Radiologie concernant la pratique de l'échographie et l'utilisation des sources radioactives.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que dans le cadre des travaux du Comité National Médical de Radiologie (Comité créée par arrêté ministériel n°50 du 18 avril 1989), le problème de contrôle des compétences des opérateurs utilisant des sources radioactives a été relevé et sérieusement discuté.

De ce fait, les recommandations ci-après ont été majoritairement adoptées, aussi vous incombe-t-il d'en faire application :

A- Recenser tous les sites de radiologie

B- Recenser tous les cabinets privés pour contrôler la compétence des opérateurs en vous rappelant d'une part, la note ministérielle n°493 du 16 avril 1989 ayant trait au recensement des praticiens utilisant l'échographie et la circulaire n°731 du 02 juillet 1990 portant sur les actes d'échographie par les médecins installés à titre privé d'autre part. En effet cette circulaire accrédite seulement les :

Médecins radiologues

Médecins gynécologues

Cardiologues

Ophthalmologues

Gastro-entérologues

à acquérir et à utiliser l'échographie, selon leur spécialité.

C- Exiger des spécialistes habilités à acquérir et à utiliser les sources radioactives :

un n° d'agrément délivré par la DSPS

un certificat de conformité d'installation répondant aux prescriptions réglementaires, délivré par le CRS

obliger les structures utilisant les sources radioactives à être contrôlées par le CRS (Centre de Radioprotection et de Sécurité) dans le but d'assurer un :

suivi dosimétrique externe des travailleurs

relevé dosimétrique périodique fiable.

J'attire votre attention sur la nécessité d'assurer la diffusion de cette circulaire auprès de tous les organismes intéressés ainsi qu'auprès des praticiens concernés et en veuillez à son application.

Signé : **M. DJAZIRI**

Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (tous) "pour exécution"

**Objet** : Utilisation à titre privé d'équipements médicaux diffusants des rayonnements.

**Références** :

Décret n°86-132 du 27 mai 1986 fixant les règles de protection des travailleurs contre les risques de rayonnements ionisants ainsi que celles relatives au contrôle de la détention et de l'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les méthodes de contrôle en matière d'utilisation des sources radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants.

Arrêté du 10 février 1988 fixant les modalités de détention et d'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants à des fins médicales.

Circulaires n°116 du 24 février 1992 relative à la mise en application des recommandations du Comité National Médical de Radiologie concernant la pratique de l'échographie et l'utilisation des sources radioactives.

J'ai l'honneur de vous rappeler que toute installation à titre privé des praticiens médicaux utilisateurs d'équipements médicaux diffusants des rayonnements, en radiologie, en radiothérapie et en médecine nucléaire est subordonnée entre autre à l'autorisation préalable obligatoire du Centre de Radioprotection et de Sécurité (siège social 2, rue Bd Frantz Fanon, BP 339 Alger 16000).  
J'attache la plus grande importance au respect de cette instruction.

Le Sous Directeur des Services Extra Hospitalier

Signé : **A. GUENNAR**

**Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population (tous) "pour exécution"**

L'analyse de la réglementation et l'exploitation des dossiers de demandes d'agrément déposés auprès de mes services et les recommandations du Comité National d'Imagerie Médicale concernant la pratique de l'échographie conduisent à édicter de nouvelles dispositions réglementaires en la matière, celles contenues dans la circulaire n°731 du 20 juillet 1990 relative à l'exercice de la pratique de l'échographie et dans la circulaire n°116 du 24 février 1992 concernant la mise en application des recommandations du Comité National de Radiologie (le point B relatif à la pratique de l'échographie) sont abrogées.

Principe :

Aucun praticien médical n'est autorisé à pratiquer l'échographe, s'il ne justifie pas de la qualification requise entrant dans le cadre d'un enseignement universitaire sanctionné par un D.E.M.S ou un diplôme reconnu équivalent.

Le matériel utilisé doit être conforme aux normes techniques en vigueur.

Domaine de compétence :

2.1. Règle générale : l'échographie ne peut être pratiquée que par :

Médecin spécialiste en radiologie : échographie générale ;

Médecin spécialiste en cardiologie : échocardiographie ;

Médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique : échographie obstétricale ;

Médecin spécialiste en ophtalmologie : échographie-oculaire ;

2.2. Dispositions particulières :

Vu l'absence de couverture par des médecins radiologues dans certaines régions et pour des besoins spécifiques, certains praticiens médicaux peuvent être autorisés à pratiquer l'échographie suite à une autorisation établie par le Ministère de la Santé et de la Population.

Il reste bien entendu qu'une habilitation officielle et un exposé des motifs sont exigés pour chaque demande d'autorisation.

Tout exercice est régi par une autorisation dûment établie par le Ministère de la Santé et de la Population. Cette habilitation est délivrée après évaluation du praticien médical (évaluation des compétences et du diplôme) par les experts médicaux du Ministère de la Santé et de la Population et le matériel utilisé doit être conforme aux normes en vigueur.

Les dispositions de la présente circulaire doivent être appliquées sans délai et vous demande de me faire part des difficultés que vous pouvez rencontrer durant son application.

Le Sous Directeur des Services Extra-Hospitaliers

Signé : **A. GUENNAR**

# Hôpital Privé

# Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil;

Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales;

Vu la loi n° 84-10 du 11 juillet 1984, modifiée et complétée relative au service civil;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 90-31 du 4 décembre 1990 relative aux associations;

Vu la loi n° 90-33 du 25 décembre 1990 modifiée et complétée relative aux mutuelles sociales;

Vu la loi n° 91-08 du 27 avril 1991 relative à la profession d'expert comptable, de commissaire aux comptes et de comptable agréé;

Vu l'ordonnance n° 95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 février 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances;

Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la concurrence;

Vu le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988, modifié et complété, fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées ;

Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 05-257 du 13 Joumada Ethania 1426 correspondant au 20 juillet 2005 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de fixer l'organisation et le fonctionnement des établissements hospitaliers privés, en application des dispositions des articles 208 et 208bis de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée.

## CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

**Article 2** : L'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration. Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialités (s) exercée (s) les activités suivantes:

- la consultation ;
- l'exploration et le diagnostic ;
- les urgences médicales et / ou médicochirurgicales y compris le déchoquage, la réanimation et l'observation;
- l'hospitalisation.

**Article 3** : L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale. Il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical.

**Article 4** : La capacité minimale de l'établissement hospitalier privé est fixée à sept (7) lits.

**Article 5** : L'établissement hospitalier privé doit assurer un service permanent et continu.

**Article 6** : L'établissement hospitalier privé est tenu de souscrire une assurance pour couvrir la responsabilité civile de l'établissement, de son personnel et de ses patients.

**Article 7** : L'établissement hospitalier privé doit être conforme aux conditions et normes architecturales, techniques et sanitaires fixées par la réglementation en vigueur.

## CHAPITRE II CONDITIONS DE RÉALISATION ET D'OUVERTURE

**Article 8** : La réalisation de l'établissement hospitalier privé est soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé, sur la base d'un dossier administratif et technique déposé auprès de la direction de wilaya chargée de la santé comportant, outre les pièces et documents requis pour la construction, les plans et la description détaillée du projet, le lieu d'implantation, les activités et les actes prévus.

Un récépissé de dépôt est remis au promoteur.

**Article 9** : Le dossier administratif et technique prévu à l'article 8 ci-dessus, comporte les pièces suivantes :

- une demande de réalisation déposée par le promoteur auprès la direction de wilaya chargée de santé territorialement compétente,
- un extrait de naissance du ou des promoteurs,
- un extrait du casier judiciaire du ou des promoteurs,
- un certificat de nationalité du ou des promoteurs,
- la copie des statuts de la personne morale,
- le titre de propriété ou tout autre document justifiant l'exploitation légale du bien immobilier, notamment l'acte de propriété ou le contrat de location,
- la fiche technique descriptive du projet comprenant :
  - les spécialités médicales
  - l'énoncé des activités détaillé,
  - les locaux et surfaces affectés à chaque activité,
  - la capacité en lits,
  - le plateau technique notamment les matériels relatifs à la radiologie, l'exploration fonctionnelle, l'imagerie et les équipements médicaux,
  - le rapport d'expertise établi par les services du contrôle technique de la construction ou par un bureau d'étude d'expertise en bâtiment agréé dans le cas d'une structure existante,
  - le plan de situation précisant l'emplacement et la délimitation du projet,
  - le plan de masse (1/50) devant fournir toutes les indications nécessaires notamment les nivellement général en sol, les bâtiments avoisinants, les voiries existantes, les parkings, les réseaux divers, les espaces verts,
  - les plans détaillés des types de schéma d'hospitalisation (1/50),
  - les plans détaillés des locaux destinés à la pratique chirurgicale (1/50),
  - les coupes transversales et longitudinales,
  - l'élévation des différentes façades.

**Article 10 :** La direction de wilaya chargée de la santé procède à la vérification du dossier administratif et technique et le transmet au ministre chargé de la santé, accompagné de l'avis motivé du directeur de la wilaya chargée de la santé, dans un délai n'excédant pas quarante-cinq (45) jours à compter de la date du dépôt du dossier.

**Article 11 :** Le ministre chargé se prononce sur la demande de réalisation dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de réception du dossier.

**Article 12 :** Le promoteur dispose d'un délai de trois (3) ans à compter de la date de délivrance de l'autorisation pour réaliser son projet. Ce délai peut être prorogé de deux (2) ans à la demande du promoteur sur la base d'éléments dûment justifiés.

A l'issue de la réalisation du projet, une décision de conformité est délivrée par la direction de wilaya chargée de la santé, au promoteur.

**Article 13 :** L'ouverture de l'établissement hospitalier privé est soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé sur la base d'un dossier déposé par le promoteur auprès de la direction de wilaya chargée de la santé.

Un récépissé de dépôt est remis au promoteur.

**Article 14 :** Le dossier mentionné à l'article 13 ci-dessus, comprend les pièces suivantes :

- une demande de réalisation déposée par le promoteur auprès de la direction de wilaya chargée de la santé territorialement compétente,
- un extrait de naissance du ou des promoteurs,
- un extrait du casier judiciaire du ou des promoteurs,
- un certificat de nationalité du ou des promoteurs,
- une fiche technique descriptive du projet comprenant :
  - les spécialités médicales
  - les activités détaillées,
  - la capacité en lits,
  - les locaux et surfaces affectés à chaque activité,
  - le plateau technique prévu à l'article 9 ci-dessus,
- une copie de la décision d'autorisation de réalisation,
- une copie de la décision de conformité prévue à l'article 12 ci-dessus,
- le rapport d'approbation définitive des services de la protection civile,
- le rapport définitif du contrôle technique de la construction ou d'un bureau d'expertise de construction agréé,
- le rapport de conformité des installations électriques délivré par l'entreprise nationale d'agrèage et de contrôle technique,
- le rapport de conformité des installations radiologiques émettant des sources ionisantes délivré le commissariat à l'énergie atomique,
- le procès-verbal d'installation d'un incinérateur agréé par les services concernés de l'environnement ou à défaut, la copie de la convention établie avec un établissement public ou privé d'incinération, ou tout autre procédé de traitement des déchets hospitaliers agréé par le ministre chargé de la santé,
- les documents justifiant l'acquisition d'une ou plusieurs ambulances ou la copie de la convention établie avec un opérateur de transport sanitaire privé agréé,
- la copie de la convention établie avec le centre de transfusion sanguine de wilaya relative à l'approvisionnement en produits sanguins labiles,
- le dossier administratif du directeur technique,
- les dossiers administratifs du personnel médical et paramédical.

**Article 15 :** La direction de wilaya chargée de la santé procède à la vérification du dossier prévu à l'article 13 ci-dessus et le transmet au ministre chargé de la santé, accompagné du rapport de visite du directeur de wilaya chargé de la santé concerné mentionnant les observations et réserves éventuelles, dans un délai n'excédant pas trente jours (30) jours à compter de la date du dépôt du dossier.

**Article 16 :** Le ministre chargé de la santé se prononce sur la demande d'ouverture dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de la réception du dossier.

**Article 17 :** Les établissements hospitaliers privés peuvent disposer d'annexes où s'exercent les activités de consultation, dont les conditions de création et de fonctionnement sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 18 :** Tout changement de la destination ou suppression, des locaux ou des activités médicales, de l'établissement hospitalier privé, est subordonné à l'autorisation expresse et préalable du ministre chargé de la santé.

**Article 19 :** Les modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les normes techniques et sanitaires des établissements de santé privés de type ambulatoire sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 20 :** L'établissement hospitalier privé doit disposer d'un règlement intérieur.

### **CHAPITRE III ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT**

**Article 21 :** L'organisation de l'établissement hospitalier privé est déterminée en fonction de la forme juridique prévue par son statut conformément à la législation en vigueur.

**Article 22 :** Sous réserve des dispositions de l'article 21 ci-dessus l'établissement hospitalier privé, créé par les mutuelles et associations, conformément à la législation en vigueur, est administré par un conseil d'administration, dirigé par un directeur.

**Article 23 :** L'établissement peut être dirigé par le directeur technique médecin.

#### **Section I Le conseil d'administration**

**Article 24 :** Le conseil d'administration est composé :

- du ou des promoteurs de l'établissement hospitalier privé,
- d'un représentant de la caisse nationale des assurances des travailleurs salariés,
- du président du comité médical de l'établissement hospitalier privé,
- du représentant des personnels de l'établissement hospitalier privé,
- de deux (2) représentants des associations des usagers,
- d'un représentant des praticiens médicaux, élu par ses pairs,
- d'un représentant des personnels paramédicaux, élu par ses pairs,

Les membres du conseil d'administration élisent en leur sein un président.

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

Le directeur assiste aux travaux du conseil d'administration avec voix consultative.

**Article 25 :** Le conseil d'administration délibère notamment sur :

- les programmes de travail de l'établissement hospitalier privé ;
- les projets de budget et des comtes de l'établissement hospitalier privé ;
- les projets d'organisation interne et du règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé ;
- les acquisitions des biens meubles et immeubles ;
- les projets d'extension ou d'aménagement de l'établissement hospitalier privé ;



- les programmes d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements ;
- l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- le rapport annuel d'activité établi et présenté par le directeur technique de l'établissement hospitalier privé ;
- toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement hospitalier privé ;

**Article 26 :** Les règles de fonctionnement du conseil d'administration seront fixées dans le règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé.

## Section 2 Le directeur

**Article 27 :** Le directeur assurant la gestion de l'établissement hospitalier privé doit justifier d'une expérience professionnelle de cinq (5) années au moins.

**Article 28 :** Le directeur est chargé d'assurer le bon fonctionnement de l'établissement hospitalier privé.

A ce titre, il a pour mission :

- d'exécuter les délibérations du conseil d'administration,
- de représenter l'établissement hospitalier privé devant la justice et dans tous les actes de la vie civile,
- d'exercer l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels de l'établissement hospitalier privé,
- d'assurer la gestion administrative et financière de l'établissement hospitalier privé,
- de préparer le budget et les comptes de l'établissement hospitalier privé,
- de faire assurer un service de garde,
- de mettre en œuvre les procédures et normes en vigueur en matière de fonctionnement, de sécurité et d'hygiène hospitalière,
- de veiller à ce que le matériel et équipement mis à la disposition du personnel médical et paramédical par l'établissement, soit adéquat, en bon état de fonctionnement et garantissant la sécurité du patient,
- de tenir un dossier médical pour chaque patient,
- de veiller à la bonne tenue des différents registres dont la nature est définie par arrêté du ministre chargé de la santé,
- d'élaborer le rapport annuel d'activité qu'il soumet au conseil d'administration.

**Article 29 :** Le directeur technique médecin est chargé :

- d'organiser l'activité médicale et d'hospitalisation au sein de l'établissement hospitalier privé et en assurer le contrôle et le suivi,
- de s'assurer de la présence permanente des praticiens médicaux et du personnel paramédical nécessaire à l'activité d'hospitalisation,
- d'assurer une gestion rigoureuse des médicaments conformément à la législation et à la réglementation en vigueur,
- de s'assurer du bon fonctionnement de la garde.

Il exerce en outre, les missions prévues aux articles 28, 30 et 32 du présent décret lorsqu'il assure la direction de l'établissement hospitalier privé.

**Article 30 :** le directeur doit communiquer à la direction de la wilaya chargée de la santé la liste nominative, accompagnée des copies des titres et diplômes du personnel médical et des auxiliaires médicaux et du personnel administratif et technique assurant des activités dans l'établissement en précisant pour chacun, la spécialité assurée, la fonction exercée dans l'établissement et, le cas échéant, la position vis-à-vis du service civil.

**Article 31 :** Tout changement de directeur doit être notifié à la direction de wilaya chargée de la santé, dans un délai de quinze (15) jours, par le responsable de l'établissement. Le remplaçant doit répondre aux mêmes conditions prévues à l'article 27, ci-dessus.

**Article 32 :** Le directeur technique de l'établissement hospitalier privé doit transmettre un bilan d'activité trimestriel ainsi qu'un rapport annuel d'activité, à la direction de wilaya chargée de la santé.

## Section 3 Le comité médical

**Article 33 :** Le comité médical est un organe consultatif qui a pour mission de donner un avis sur :

- les programmes d'activité de l'établissement hospitalier privé,
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux de l'établissement hospitalier privé,
- la création ou suppression de services médicaux au sein de l'établissement hospitalier privé,
- les programmes des manifestations scientifiques et techniques de l'établissement hospitalier privé,
- les conventions de formation de l'établissement hospitalier privé,
- l'évaluation des activités de soins et de formation de l'établissement hospitalier privé,

**Article 34 :** Le comité médical comprend, outre le président :

- un praticien médical pour chaque spécialité au sein de l'établissement hospitalier privé ;
- un représentant du personnel paramédical désigné par le responsable de l'établissement hospitalier privé.

Le comité médical élit en son sein un président.

Le comité médical peut faire appel à toute autre personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

**Article 35 :** Les règles de fonctionnement du comité médical sont fixées dans le règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé.

## CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINANCIERES

**Article 36 :** L'établissement hospitalier privé doit disposer d'un budget propre

**Article 37 :** Le budget de l'établissement hospitalier privé comprend un titre de recettes et un titre de dépenses.

**Au titre des recettes :**

- les ressources propres,
- les dons et legs
- les recettes provenant de ses activités et prestations,
- les contributions éventuelles de toute nature éventuellement.

**Au titre des dépenses :**

- les dépenses de fonctionnement,
- les dépenses d'équipement,
- toutes dépenses nécessaires à la réalisation de ses missions.

**Articles 38 :** La comptabilité de l'établissement hospitalier privé est tenue en la forme commerciale, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 39 :** Le contrôle financier de l'établissement hospitalier privé est assuré par un commissaire aux comptes conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

## CHAPITRE V MODALITES DE CONTROLE

**Article 40 :** Sans préjudice des formes de contrôle prévues par la législation et la réglementation en vigueur, les établissements hospitaliers privés sont soumis au contrôle des services compétents relevant du ministère chargé de la santé

**Article 41** : Le contrôle porte notamment sur :

- la qualité des prestations fournies,
- l'application des dispositions de la législation et de la réglementation en vigueur notamment en matière de normes, de gestion et d'hygiène hospitalière,
- le bon état de fonctionnement des services, des équipements et des matériels,
- la bonne gestion des produits pharmaceutiques,
- les conditions de sécurité des biens et des personnes.

**Article 42** : Les agents de contrôle sont tenus de consigner les insuffisances et manquements constatés sur un registre spécial coté et paraphé par le directeur de wilaya chargé de la santé, concerné. Ils établissent à ce sujet des procès-verbaux qu'ils transmettent aux services de santé concernés avec copie au responsable de l'établissement hospitalier privé.

**Article 43** : En cas de constatations de manquement à la législation et à la réglementation en vigueur, l'intéressé est mis en demeure et doit s'y conformer dans un délai n'excédant pas un (1) mois.

En cas d'inobservation de la mise en demeure, il encourt les sanctions administratives suivantes :

- la suspension de l'exercice de l'activité d'hospitalisation pendant une durée de deux (2) mois.
- La fermeture de l'établissement pendant une durée n'excédant pas trois (3) mois,
- Le retrait de l'autorisation d'ouverture de l'établissement hospitalier privé.

Les sanctions citées ci-dessus, sont prononcées par le ministre chargé de la santé, sur la base d'un rapport circonstancié, établi par les services compétents du ministère chargé de la santé.

## **CHAPITRE VI DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES**

**Article 44** : Les cliniques privées dûment autorisées à exercer sont tenues de se conformer, dans un délai de deux (2) années, aux dispositions du présent décret à compter de la date de sa publication au journal officiel.

**Article 45** : Toutes dispositions contraires sont abrogées notamment le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 susvisé.

**Article 46** : le présent décret sera publié au journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

**Fait à Alger, le 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007.**

**Abdelaziz BELKHADEM**

## **Exercice à titre privé des auxiliaires médicaux**

**Instruction N°00177/MSP/CAB/ du 11 avril 1987 relative aux modalités d'installation et d'exercice à titre privé des auxiliaires médicaux**

**Objet :**

La présente instruction a pour objet de fixer les modalités et procédures d'installation et d'exercice à titre privé des auxiliaires médicaux conformément à la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

**Conditions d'installation :**

Peuvent prétendre à l'installation à titre privé les auxiliaires médicaux répondant aux conditions ci-après, conformément à l'article 217 de la loi relative à la protection et à la promotion de la santé.

- 2.1. Etre titulaire d'un diplôme ou d'un titre reconnu équivalent.
- 2.2. Ne pas être atteint d'une infirmité ou d'une affection pathologique incompatible avec l'exercice de la profession.
- 2.3. Ne pas avoir fait l'objet d'une peine infamante.
- 2.4. Etre de Nationalité Algérienne.
- 2.5. Avoir exercé au préalable dans les services publics pendant la durée légale prévu par la réglementation en vigueur.
- 2.6. Avoir démissionné de la fonction publique.

**Modalités d'installation :**

La condition prescrite à l'alinéa 2, 5 est sanctionnée par une attestation délivrée par les services centraux du Ministère de la Santé Publique.

**Procédure d'installation :**

Les autorisations d'installation à titre privé des auxiliaires médicaux sont délivrées par le Wali au nom du Ministère de la Santé Publique.

**Modalités d'exercices :**

Nonobstant le respect des dispositions législatives et réglementaire en vigueur, les auxiliaires médicaux autorisés à s'installer à titre privé devront exercer leur fonction sous le contrôle des praticiens médicaux conformément à l'article 196 de la loi n°85-05 du 16 février 1985.

5.1. Les auxiliaires médicaux devront exercer leurs activités sous leur identité légale et leur appellation, et selon leur qualification, dans les limites de leurs attributions conformément à l'article 221 de la loi n°85 - 05 du 16 février 1985 sus cités.

A ce titre, ils doivent en tenir aux prescriptions ou l'indication reçues des praticiens médicaux.

5.2. Lorsque, pendant l'exercice de leurs fonctions, se produisent ou risquent de se produire des complications dont le traitement ne relève pas de leur compétence les auxiliaires médicaux sont obligée de faire appel immédiatement aux praticiens médicaux conformément à l'article 222 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 sus citée.

5.3. Obligation est faite aux auxiliaires médicaux d'établir et de tenir un fichier des malades, et de fournir les renseignements et documents statistiques en rapport avec leurs activités, conformément à l'article 224 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 sus citée.

5.4. Les auxiliaires médicaux sont tenus au respect du secret professionnel sauf si des dispositions légales les en délient expressément, ceci conformément à l'article 226 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 sus citée.

Les dispositions de l'instruction n°205/MSP/1986 du 21 mai 1986 relative aux modalités d'installation et d'exercice des sages-femmes sont abrogées.

Des instructions techniques émanant du Ministère de la Santé Publique préciseront les actes autorisés pour chaque catégorie d'auxiliaire médical.

Messieurs les Walis sont chargés de l'application de la présente instruction.

Le Secrétaire Général

**Djelloul BAGHLI**

**Arrêté N°40/MSP/MIN du 15 septembre 1998 relatif à l'exercice à titre privé de la  
Profession d'Audioprothésiste**

Le Ministre de la Santé et de la Population ;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la Protection et à la Promotion de la Santé, modifiée et complétée;

Vu le Décret n°92-276 du 06 juillet 1992 portant code de Déontologie;

Vu le Décret exécutif n°96-66 du 27 janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population;

**ARRETE :**

**Chapitre I**

**Dispositions Générales**

**Article 1 :** Est considérée comme exerçant la profession d'Audioprothésiste, toute personne qui procède à l'appareillage des déficients auditifs.

**Article 2 :** Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillée.

**Article 3 :** La délivrance de chaque appareil de prothèse auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoirement du port d'un appareil, après examen otologique et audiométrique tonal et vocal effectué par un praticien spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie.

**Chapitre II**

**Conditions et modalités d'exercice de la profession**

**Article 4 :** Les catégories de personnels habilités à exercer la profession d'Audioprothésiste sont :

Les titulaires du diplôme d'Etat d'Audioprothésistes;

Les titulaires du diplôme de docteur en médecine pourvus du certificat d'études techniques d'acoustique appliquée à l'appareillage de prothèse auditive.

**Article 5 :** Les titulaires de l'agrément pour l'exercice, à titre privé, de cette activité ne peuvent en aucun cas être prescripteurs et exécuteurs.

**Article 6 :** A titre transitoire et en attendant d'instituer ce type de formation dans les établissements nationaux, les titulaires de titres nationaux et étrangers peuvent y être autorisés suite à une habilitation qui leur sera délivrée par une commission d'experts relevant du Ministère de la Santé et de la Population.

**Article 7 :** Ces personnels sont tenu au secret professionnel et ne peuvent en aucun cas procéder à la location, le colportage, les ventes itinérantes, les ventes dites de démonstration, les ventes par démarrage et par correspondance des appareils de prothèse auditive sont interdits.

**Chapitre III**

**Conditions relatives aux locaux**

**Article 8 :** L'activité professionnelle d'Audioprothésiste ne peut être exercée que dans un local situé dans une zone non bruyante répondant aux normes d'une cabine audiométrique.

**Article 9 :** Le local audiométrique doit comprendre :

Un secrétariat

Une salle d'attente

Une salle de tests dont la superficie minimale est de 12 m<sup>2</sup> (avec une atténuation globale de 30 db)

Des sanitaires.

**Article 10 :** L'équipement minimum nécessaire à cet effet est le suivant :

Un audiomètre tonal et vocal

Un audiomètre infantile.

**Article 11 :** Les personnes titulaires de l'agrément sont tenues de soumettre au contrôle et à la maintenance tout l'appareillage lié à l'audiométrie.

**Article 12 :** Le présent arrêté sera publié au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Population.

Fait à Alger, le 15 septembre 1998.

Le Ministre de la Santé et de la Population

# Arrêté N°013/MSP/MIN/99 du 21 avril 1999 relatif à l'exercice à titre privé de la profession d'Appareilleur Orthopédique

Le Ministre de la Santé et de la Population ;

Vu le loi n°85-05 du 16 avril 1985 relative à la Protection et à la Promotion de la Santé, modifiée et complétée ;

Vu le Décret n°92-276 du 06 juillet 1992 portant code de Déontologie ;

Vu le Décret n°96-124 du 27 janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population;

## ARRETE

### Dispositions générales :

**Article 1 :** L'appareillage orthopédique, au sens du présent texte, constitue un acte thérapeutique.

**Article 2 :** L'exécution d'un appareil orthopédique fait sur mesure, se fait sur prescription médicale spécialisée détaillée.

**Article 3 :** Toute personne fabricant ou délivrant l'appareillage orthopédique, doit avoir été préalablement agréée par le Ministère de la Santé et de la Population.

**Article 4 :** L'agrément est subordonné à la réunion des conditions techniques et au respect d'obligations déterminées dans la nomenclature et le cahier de charge de l'appareillage orthopédique et accessoires pour handicapés physiques, inhérent aux :

chaussures orthopédiques

petit appareillage

moulage

appareils de prothèse et d'orthopédie

accessoires de prothèse et d'orthopédie

véhicules pour handicapés physiques.

### Conditions et modalités d'exercice de la profession :

**Article 5 :** Les personnes habilitées à ouvrir un centre d'appareillage orthopédique sont :

Les titulaires du diplôme de docteur en médecine ou d'un titre étranger reconnu équivalent;

Les titulaires du diplôme d'Etat en appareillage orthopédique ou d'un titre reconnu équivalent.

**Article 6 :** Les catégories de personnel habilitées à exercer la profession d'appareilleur orthopédique sont :

Les titulaires du diplôme d'Etat en appareillage orthopédiques ou diplôme reconnu équivalent par le Ministère de la Santé et de la Population. Ceux-ci peuvent être assistés, par des techniciens ou ouvriers spécialisés.

**Article 7 :** Les principales étapes de fabrication de l'appareil orthopédique (moulage, prises de mesures, essayage, application...) doivent être obligatoirement exécutés par les techniciens diplômés d'Etat en appareillage orthopédique, ceux-ci doivent veiller au respect des exécutions immédiates et de délais impartis pour la livraison de chaque type d'appareil, qu'il s'agisse d'appareils neufs ou de réparation.

### Conditions d'installation et équipements destinés à l'exercice de la profession

**Article 8 :** L'agrément est délivré aux personnes prévues dans l'article 5 et qui disposent :

d'un local répondant aux conditions définies ci-après.

**Article 9 :** Le local du fournisseur est conçu de façon à permettre au patient d'essayer le produit dans de bonnes conditions d'isolement phonique et visuel. Il est, en outre, équipé d'une cabine d'habillage, d'une table d'examen et d'un éclairage convenable.

**Article 10 :** Le local doit être accessible aux personnes handicapées et répondre aux critères suivants :

être d'accès facile aux personnes handicapées ainsi qu'à leurs véhicules (fauteuils ou voitures) ;

les locaux à niveau doivent être munis d'une rampe d'accès et ceux à étage d'un ascenseur et obéir aux normes de sécurité;

présenter une surface d'évolution de 16 m<sup>2</sup> au moins et une largeur minimale de 2 m ;

disposer de toilettes spécialement aménagées pour personne handicapées circulant en fauteuil roulant;

disposer d'une douche avec eau chaude pour assurer l'hygiène corporelle après les moulages salissants;

comporter un atelier équipé permettant d'assurer les travaux de réalisation des appareils médico-techniques et répondant aux normes d'hygiène et de sécurité prévues par la loi.

**Article 11 :** Les titulaires de l'agrément pour l'exercice à titre privé de cette activité ne peuvent en aucun cas être prescripteurs et exécuteurs.

**Article 12 :** Ces personnels sont tenus au secret professionnel et ne peuvent en aucun cas procéder à la location, le colportage, les ventes itinérantes, les ventes dites de démonstration, les ventes par correspondances de l'appareillage orthopédique.

**Article 13 :** Les fournisseurs de semelles orthopédiques devront disposer, en outre, dans leur local professionnel, d'un podoscope et d'un podographe.

**Article 14 :** Les articles de petit appareillage d'orthopédie sont classés en quatre catégories :

Catégorie 1 : ceintures médico-chirurgicales et corsets orthopédiques en tissu armé, bandages herniaires, manchons et bas de contention fabriqués sur mesure exclusivement, appareils divers de correction, notamment les harnais d'abduction.

Catégorie 2 : bas élastique de contention genouillères et chevillières fabriquées en série, colliers cervicaux, chaussures de série allant sur les appareils de marche destinés aux infirmes moteurs cérébraux et aux poliomyélitiques et chaussures pour pieds sensibles.

Catégorie 3 : chaussures pour anomalies des pieds, coques, talonnières appareils releveurs chaussures de série allant sur les appareils de marche destinés aux I.M.C et aux poliomyélitiques, et chaussures pour pieds sensibles.

Catégorie 4 : semelles orthopédiques.

**Article 15 :** Les fabricants déjà agréés à la date du présent arrêté, bénéficient d'une période de deux ans pour adapter leur établissement aux conditions précédemment définies.

**Article 16 :** Le présent arrêté sera publié au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Population.

Fait à Alger, le 21 Avril 1999

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Circulaire N°098/CAB/MPS du 15 mars 1987  
(complétée)**

**Destinataires :**  
Messieurs les Walis

**Objet :** *Installation à titre privé des diplômés Optométristes, Psychologues Cliniciens et Orthophonistes.*

**Référence :** Circulaire n°33/CAB/PM du 11 février 1987, du Monsieur le Premier Ministre.

Les diplômés Optométristes, Psychologues cliniciens et Orthophonistes se trouvent depuis près de deux ans, confrontés à des difficultés de recrutement au sein des différents secteurs publics traditionnellement utilisateurs.

Cette situation nécessite la prise de mesures visant à permettre aux intéressés de s'insérer dans la vie active par l'exercice d'une activité pour propre compte.

En application de la loi n°84-10 du 11 février 1984 modifiée, relative au service civil et figurant à l'annexe 5 de la loi n°86-15 du 28 décembre 1986, portant loi des finances pour 1987, ces profils ne sont pas en effet concernés par la nomenclature des filières et spécialisations jugées prioritaires assujetties au service civil.

Il est demandé en conséquence à Messieurs les Walis de bien vouloir accorder aux diplômés Optométristes, Psychologues cliniciens et Orthophonistes toutes facilités pour l'installation à titre privé.

Il convient de signaler que les actes prescrits par les intéressés sont remboursables par la sécurité sociale.

A titre provisoire les lettres-clés ainsi que leur valeur monétaire sont fixées comme suit :

**Optométristes :**

Lettre-clé de l'acte : consultation optométriste (par abréviation C. OP.).

Valeur monétaire de la lettre-clé - Vingt Dinars (20.00 DA).

Actes autorisés : Décret n°77-45 du 19 février 1987 diagnostic d'une amétrope prescription de verres correcteurs ou de lentilles ainsi que taille monte verres et mise en place de lentilles.

**Psychologues Cliniciens :**

Lettre-clé de l'acte : consultation psychologique (par abréviation C. Psycho.)

Valeur monétaire de la lettre-clé - Vingt Dinars (20.00 DA).

Actes autorisés : Décret n°73-69 du 16 avril 1973.

Test

Entretien

Observation clinique.

**Orthophonistes :**

Lettre-clé de l'acte : consultation orthophoniste (par abréviation C. Ortho.).

Valeur monétaire de la lettre-clé - Vingt Dinars (20.00 DA).

Actes autorisés : Décret 80-110 du 12 avril 1980.

Troubles du langage

Rééducation du langage.

Enfin, et pour permettre le remboursement de ces actes aux assurés sociaux par les agences de la sécurité sociale, la wilaya adresse une copie de la décision d'installation au siège de la Caisse Nationale des Assurances Sociales et Accidents du Travail (C.N.A.S.A.T) Deux Bassins, Ben Aknoun - ALGER.

Le Ministre de la Protection Sociale

Copies à :

Monsieur le Premier Ministre, à titre de compte rendu

Monsieur le Ministre de l'Intérieur "Pour information"

Monsieur le Ministre de la Santé "Pour information".

**Destinataires :**

Messieurs :

Les Walis (cabinet) "pour information"

Les Walis (DSPS) "pour exécution"

**Objet :** *A/S Exercice à titre privé des opticiens lunetiers et des optométristes.*

**Références :**

Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée notamment ses articles 208 - 217 et 218.

Instruction n°177/MSP/CAB du 11 avril 1987 relative aux modalités d'installation et d'exercice à titre privé des auxiliaires médicaux.

Instruction n°4345/MSP/DP du 24 février 1987 relative à l'installation à titre privé des diplômés optométristes, psychologues cliniciens et orthophonistes.

**Pièces-jointes :** Tableaux à renseigner.

La présente instruction a pour but de préciser les conditions d'exercice des professionnels de la santé cités en objet, suite aux demandes formulées des Directions de la Santé et de la Protection Sociale des wilayate.

Définition :

L'opticien lunetier et l'optométriste sont des professionnels de la santé qui sont, d'une part, en contact avec la clientèle et, d'autre part, effectuent le moulage et le montage des verres. Ils sont à la fois des commerçants, des artisans et des auxiliaires médicaux.

Compétence et lieu d'exercice :

2.1. Domaine de compétence :

En tant qu'auxiliaires médicaux, ils sont chargés d'exécuter les prescriptions du médecin spécialiste en ophtalmologie et, dans ce cadre, ils ne peuvent délivrer aucun verre correcteur sans ordonnance médicale. A ce titre, ils sont soumis aux mêmes dispositions que les auxiliaires médicaux exerçant à titre privé.

2.2. Catégorie de la structure de santé :

Ces professionnels de la santé exercent dans les laboratoires d'optique médicale et de lunetterie qui sont ses structures de santé prévues par la loi n°85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée qui, dans son article 208 stipule que "les activités de santé exercées à titre privé sont assurées dans des cliniques, des cabinets dentaires, des officines pharmaceutiques, des cabinets de consultation et de soins, des laboratoires d'analyses médicales, d'optique médicale et de lunetterie et de prothèse dentaire".

Titres exigés :

3.1. Diplôme :

La loi n°85-05 du 16 février 1985 précitée exige des auxiliaires médicaux, pour être autorisés à exercer, certaines conditions, notamment de titre et diplôme. Ainsi son article 217 précise. "Avoir reçu une formation conforme aux programmes arrêtés par voie réglementaire et avoir obtenu le diplôme sanctionnant cette formation ou posséder un titre reconnu équivalent..."

L'instruction n°117/MSP/CAB du 11 avril 1987 citée en référence précise également dans son point 2.1. "Etre titulaire d'un diplôme ou d'un titre reconnu équivalent".

Conformément à la réglementation en vigueur, il s'agit du diplôme :

de paramédical breveté dont le niveau d'accès est la 3<sup>ème</sup> année secondaire et une formation spécialisée de deux (02) années; de paramédical d'Etat dont le niveau d'accès est le baccalauréat et une formation spécialisée de trois années.

3.2. Equivalence :

La formation n'étant pas assurée dans ces spécialités par les établissements de formation paramédicale algériens, le diplôme exigé doit être équivalent à celui demandé pour les autres auxiliaires médicaux autorisés à exercer à titre privé.

A titre transitoire et en attendant les textes réglementaires prévus en la matière, toute demande d'équivalence doit être transmise au Ministère de la Santé et de la Population sous le présent timbres, pour avis.

Par ailleurs, et pour me permettre de faire le point sur cette profession de santé, vous voudrez bien me transmettre, après les avoir dûment remplis, les tableaux joints en annexe avant le 28 mars 1996.

Je vous demande de veiller à l'application de la présente instruction et de me faire part de toutes difficultés rencontrées dans sons application.

Le Directeur

Signé : **Pr. BAGHRICHE**



**Instruction N°1765/MSP/SG/ du 11 octobre 1987 relative à la nomenclature des actes  
professionnels et des équipements des techniciennes supérieures et techniciennes en soins  
obstétricaux (en cabinets de consultation)**

**Objet :**

La présente instruction a pour objet de délimiter les activités et de déterminer la nature et l'importance des équipements des techniciennes supérieures et techniciennes en soins obstétricaux qui seront amenées à exercer à titre privé sur la base des articles 208 et 218 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, de l'instruction n°00717/MSP/SG du 11 avril 1987 relative aux modalités d'installation et d'exercice à titre privé des auxiliaires médicaux.

**Définition des tâches :**

1.1. Surveillance de la grossesse

Visite systématique 3<sup>ème</sup> mois, 6<sup>ème</sup> mois, 8<sup>ème</sup> mois.

Dépistage et orientation de la grossesse à haut risque : vers l'hôpital ou gynécologue.

Préparation psycho-prophylactique à l'accouchement sous-réserve que la sage-femme soit qualifiée.

1.2 Consultation du post-partum

1.3. Espacements de naissances

Seule la sage-femme recyclée (possession d'une attestation) est autorisée à prescrire les contraceptifs oraux et procéder à la pose de dispositifs intra-utérins.

1.4. Actes de prévention et de soins

Vaccinations obligatoires de l'enfant.

Injections (sur prescription médicale).

Pansements.

1.5. Activités d'évaluation

Etablissement de divers certificats réglementaires.

Registre de consultation.

Carnets de santé.

Registre d'espacement de naissance.

Fichier (fiches médicales).

Ordonnancier et cachet au nom de la sage-femme.

Locaux :

01 salle d'attente

01 salle de consultations : stérilisations / soins

01 W.C.

Nomenclature des équipements, matériel, petite instrumentation, produits pharmaceutiques :

3.1. Equipement médical :

01 table d'examen gynécologique lavable avec escabeau

01 poupinel

01 lampe orientable (ou petit socialyrique)

01 pèse personnes avec toise

01 pèse bébé.

3.2. Matériel :

Evier

Guéridon roulant

01 table bureau + 03 chaises

01 réfrigérateur à usage strictement médical

01 armoire vitrée (fermant à clef)

01 bassin de préférence en métal pour rinçage instruments

01 poubelle si possible à pédale et munie de sacs en plastique

01 réchaud à gaz

Bassin de lits.

3.3. Instrumentation :

Plateaux de préférence en métal

01 boîte d'instruments et tambours

Haricots de préférence en métal

Spéculums vaginaux

Pincés (longues, à servir etc...)

Ciseaux (long, droits à bout mousse, à pansements)

01 pélivimètre

Hystéromètres à condition que la sage-femme soit recyclée

Pincés de pozzi en espacement de naissance

01 stéthoscope obstétrical

01 stéthoscope médical

01 tensiomètre

01 garrot

01 mètre ruban

01 thermomètre médical

Bandelettes albustix et clinistix

Seringues et doigtiers de préférence jetables

Gants et doigtiers de préférence jetables

Savon + brosse à main + service éponge.

3.4. Produits pharmaceutiques :

Coton et compresses

Alcool iodé

Alcool éthylique exclusivement

Cétavlon (ou mercryl ou bétadine, ou tout autre tensio-actif)

Formol en comprimés

Mercurochrome ou éosine aqueuse

Antispasmodiques (suppositoires).

Le Directeur des Structures de la Santé Signé : **Dr. M.K. GRABA**

**Instruction N°1766/MSP/SG/ du 11 octobre 1987 relative à la nomenclature des actes professionnels et des équipements des techniciens supérieurs et techniciens en soins infirmiers**

**Objet :**

La présente instruction a pour objet de délimiter les activités et de déterminer la nature et l'importance des équipements des techniciens supérieurs et techniciens en soins infirmiers qui seront amenés à exercer à titre privé sur la base des articles 208 et 218 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, de l'instruction n°00717/MSP/SG du 11 avril 1987 relative aux modalités d'installation et d'exercice à titre privé des auxiliaires médicaux.

Actes pouvant être pratiqués sur prescription médicale obligatoire :

Injections de vaccins

Injections IM, IV, S/C, ID

Sérothérapie anti-rabique

Sérothérapie anti-tétanique

Lavement évacuateur

Changement de sondes vésicales à demeure, instillation médicamenteuse et lavage vésical

Ablation de lames, de mèches nasales, matériel de sutures

Tests cutanés (IDR, casoni, xylocaino, pénicilline...)

Prélèvements sanguins

Prélèvement des urines, des selles etc...)

Pose et surveillance d'une perfusion chez un malade alité à domicile

Aérosolthérapie

Soins à un trachéotomisé

Soins à un stomisé.

Actes pouvant être pratiqués sans prescription médicale :

Nursing chez un malade alité à domicile, soins d'hygiène individuelle

Prévention et soins d'escarres

Ventouses et cataplasmes

Cryothérapie (vessie de glace, enveloppements...)

Thermothérapie (bouillottes, couvertures chauffantes...)

Immobilisations provisoires : attelles, bandages, écharpes

Premiers soins des hémorragies externes

Pansements compressifs

Mèches nasales

Pose de garrot et points de compression en cas de nécessité

Mesure des constantes

Température, TA, Pouls, respiration

Mesure de la diurèse, poids et taille

Contrôle qualitatif des urines

Contrôle de la glycémie et de l'azotémie

Pansements et bandages.

Locaux, équipement et petit matériel :

Locaux

Les locaux doivent répondre obligatoirement aux normes d'hygiène et, de sécurité ils doivent comprendre au minimum 02 salles bien aérées et éclairées.

Equipement et petit matériel

Table de soins, chaises, paravent, armoire, réfrigérateur

Poupinel, poissonnière

Plateaux et haricots

Pinces et ciseaux divers

Seringues et aiguilles diverses

Tensiomètre et stéthoscope

Thermomètre chronomètre

Compresse, gaze, bandes, coton hydrophile et cardé

Echarpes, sparadrap, attelles

Sondes cannelées, sondes vésicales à demeure

Pèse-personne, toise, verres à pied

Bouillotte, vessie de glace, garrot

Antiseptiques divers, pommades cicatrisantes, tulle gras, biogaze, vaseline

Bock à lavement

Matériel de contrôle des urines et du sang (labstix etc...)

Trioxyméthylène (formol), tambours, boîtes à instruments, tube et besoins, gants.

Le Directeur des Structures de la Santé

Signé : **Dr. M.K. GRABA**

**Instruction N°1767/MSP/SG/ du 11 octobre 1987 relative à la nomenclature des actes professionnels et des équipements des techniciens supérieurs et techniciens en prothèse-dentaire**

**Objet :**

La présente instruction a pour objet de délimiter les activités et de déterminer la nature et l'importance des équipements des techniciens supérieurs et techniciens en prothèse-dentaire qui seront amenés à exercer à titre privé sur la base des articles 208 et 218 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, de l'instruction n°00717/MSP/SG du 11 avril 1987 relative aux modalités d'installation et d'exercice à titre privé des auxiliaires médicaux.

**Actes professionnels :**

1.1. Définition générale

L'exécution d'une prothèse est une œuvre complexe qui nécessite pour sa réalisation "science, art, technique voire psychologie".

Le technicien en prothèse dentaire ne peut travailler que sur modèles en étroite collaboration avec le chirurgien-dentiste.

Les actes qu'il doit réaliser doivent être conformes au programme national de formation.

1.2. Tâches susceptibles d'être réalisées :

Le technicien en prothèse dentaire peut réaliser toutes sortes d'appareillages dentaires destinés à la restauration prothétique à savoir :

Prothèse mobile

Prothèse fixée

Appareillages orthodontiques (ODF).

Tous autres travaux de prothèse qui lui sont demandés par le chirurgien-dentiste. Il est strictement interdit au technicien en prothèse dentaire d'effectuer un travail en bouche.

Nature et normes en matière de locaux d'un laboratoire privé de prothèse :

Le local doit comprendre au moins 2 salles bien aérées, équipées de gaz, d'électricité et d'eau avec pailleasse.

Une salle de coulée pour métaux précieux et non précieux et pour la polymérisation des prothèses acryliques.

Une salle pour la confection des prothèses, dégrossissage et polissage. Un bureau doté d'un téléphone si possible et d'un fichier pour les travaux demandés.

Nomenclature des équipements, matériels instrumentation et produits dentaires nécessaires à un laboratoire privé de prothèse :

3.1. Gros équipement : Etabli avec système d'éclairage et système d'aspiration.

Four à induction

Four simple

Four à céramique

Sableuse

Soudeuse-fondeuse

Malaxeur sous vide

Vibreux

Tour à polir

Fronde à main

Arc électrique

Charbons

Taille-plâtre

Potense pour tours

Presse

Appareil d'ébouillantage des moufles

Appareil pour cuisson des moufles

Chalumeau

Appareil pour durcissement des modèles (revêtement)

Appareil pour fusion de gel

Appareil malaxeur de plâtre automatique

Centrifugeuse

Laminoir

Cocotte minute pour polymérisation.

3.2. Matériel et instrumentation :

Moufles

Turbines

Pièces à main laboratoire

Un tour suspendu

Cylindres

Brosses à polir

Bec bunsen

Chevilles

Spatules pour sculpture

Fraises

Paralléliseur

Cisaille à plâtre

Masque et lunettes de protection

Bol à plâtre

Spatule à cire

Spatule à plâtre

Couteau à plâtre

Couteau à cire

Pince valdash

Pincés plates

Pince courbe

Pince ronde

Pince pointue

Pince Reynolds

Pince d'Adams

Pincés à moufle

Pincés à cylindre

Pincés pour crochets

Articulateurs

Oculiseur  
Mouffles à gélatine  
Fraises diamantées  
Meulettes  
Réchaud à gaz  
Les chaises  
Tabourets  
Precelles pour laboratoire  
Fil de liasse  
Disques  
Mandrins  
Gomme  
3.3. Produits dentaires :  
Plâtres  
Cires  
Gélatine  
Dents  
Vernis  
Résines  
Papier articulé  
Feuilles d'amianté  
Feuilles d'acier  
Sable  
Bain électrolytique  
Durcisseur  
Produits pour polissage  
Revêtement or et acier  
Tous les aciers - chrome, cobalt et chrome - Nickel  
Soudure  
Préformes  
Fil d'acier  
Borax  
Feuilles d'étain

Cette liste est susceptible d'être mise à jour en fonction des besoins nouveaux du technicien en prothèse dentaire.

Le Directeur des Structures de la Santé

Signé : **Dr. M.K. GRABA**

**Instruction N°1768/MSP/SG/ du 11 octobre 1987 relative à la nomenclature des actes  
professionnels et des équipements des techniciens supérieurs et techniciens en kinésithérapie**

**Objet :**

La présente instruction a pour objet de délimiter les activités et de déterminer la nature et l'importance des équipements des techniciens supérieurs et techniciens en kinésithérapie qui seront amenés à exercer à titre privé sur la base des articles 208 et 218 de la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, de l'instruction n°00717/MSP/SG du 11 avril 1987 relative aux modalités d'installation et d'exercice à titre privé des auxiliaires médicaux.

**Actes professionnels :**

1.1. Définition générale :

La kinésithérapie est un ensemble de techniques et de moyens thérapeutiques qui visent à traiter les séquelles fonctionnelles des affections invalidantes.

Le technicien kinésithérapeute est tenu d'exercer sur prescription médicale les actes qu'il doit réaliser en son cabinet doivent être conformes au programme national de formation.

1.2. Tâches susceptibles d'être réalisées :

Le technicien kinésithérapeute peut pratiquer les actes de kinésithérapie intéressant les affectations de :

Traumatologie - Orthopédie

Neurologie

Rhumathologie

Gynéco-obstétrique

Cardiologie

Pneumologie et toute spécialité médicale nécessitant des actes de kinésithérapie.

Les actes de chiropractie sont formellement interdits (manuels et mécaniques).

L'application d'ondes courtes n'est permise que sur prescription médicale spécialisée détaillée.

1.3. Moyens autorisés :

Rinesithérapie

Mécanothérapie

Physiothérapie (cryothérapie, thermothérapie, électrothérapie)

Hydrothérapie

Massothérapie

Pressothérapie

Confection d'Orthèse

Ercothérapie.

Equipements :

2.1. Equipements médicaux de base obligatoires :

1 table de rééducation

1 tabouret

1 escabeau

1 coin de suspension pour pouliothérapie

1 tapis

Les haltères

1 glace quadrillée

1 toise

1 spiromètre

1 tensiomètre

1 stéthoscope

des goniomètres

1 mètre ruban

1 négatoscope

2.2. Equipements médicaux conseillés et souhaitables :

1 cage de pouliothérapie

1 espalier

des barres parallèles

1 tapis de marche

1 bicyclette ergométrique

Médecine ball

Appareils de musculation

Bancs suédois

Matériel fango et paraffine

Sauna

Appareil de massage avec accessoires

Bascule

Podoscope

Bassin de rééducation analytique et d'hydromassage

Infra-rouge

Courants diadynamiques

Ultra-sons

Ondes courtes

Produits

Gel (aquasonique)

Crème et produits de massage.

2.3. Equipement mobilier :

1 plaque chauffante

1 réfrigérateur

1 bureau

2 chaises

1 fichier

1 registre d'activité

1 cachet portant le nom du kinésithérapeute.

Locaux :

Le cabinet du technicien kinésithérapeute doit être de préférence situé au rez de chaussée, doit être également aéré et répondant aux normes réglementaires d'hygiène et de sécurité.

Le local doit comporter obligatoirement :

1 salle de rééducation

1 coin "cuisine" (source de chaleur et d'eau)

1 salle d'attente

1 box déshabillage

1 secrétariat de cabinet

Cabinet de toilettes avec WC

Le téléphone est vivement souhaitable.

Le Directeur des Structures de la Santé

Signé : **Dr. M.K. GRABA**

# **Transport sanitaire**

Le Ministre de la Santé et de la Population ;  
Vu la loi n°85-05 relative à la Protection et à la Promotion de la Santé, modifiée et complétée  
Vu le Décret n°92-276 du 6 Juillet 1992 portant code de Déontologie Médicale ;  
Vu le Décret exécutif n°96-66 du 27 Juillet 1996 correspondant au 07 Ramadhan 1416 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population.

**ARRETE**

**Titre I : Dispositions Générales**

**Article 1 :** Constitue un transport sanitaire au sens du présent texte, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'ordre des moyens de transports terrestres, aériens spécialement adaptés à cet effet.

**Article 2 :** Toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par le Ministère chargé de la Santé et de la Population, le refus d'agrément doit être motivé.

**Article 3 :** L'agrément est subordonné à la réunion des conditions techniques et au respect d'obligations déterminées dans les annexes jointes à ce texte et qui concernent :

Les catégories de moyens de transport affectés aux transports sanitaires ;

Les normes techniques et matérielles, devant être disponibles à bord de ces moyens de transport; ces normes (adaptées selon l'état du malade) doivent aussi être appliquées aux transports aériens, tout en respectant la spécificité de ce dernier;

Les catégories de personnes habilitées à effectuer des transports sanitaires, leurs missions respectives ainsi que la qualification et la composition des équipages, ces catégories s'appliqueront aussi au transport aérien ;

Les modalités de délivrance de l'agrément pour effectuer des transports sanitaires ainsi que les modalités de son retrait, aux personnes visées plus haut ;

Les obligations de ces personnes à l'égard du service de garde organisé dans la Wilaya.

**Titre II : Catégories de personnes et de moyens de transports affectés aux transports sanitaires**

**Article 4 :** Les véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire doivent répondre aux catégories suivantes :

Catégorie A : Ambulance médicalisée

Catégorie B : Ambulance sanitaire

Catégorie C : Véhicule sanitaire léger.

**Article 5 :** Les normes minimales de chacune de ces catégories de véhicules sont déterminées dans les annexes jointes à ce texte.

**Article 6 :** Les personnes composant les équipages des véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire (mentionnées plus haut) appartiennent aux catégories suivantes :

Praticien médical spécialiste (anesthésiste- réanimateur - médecin généraliste titulaire d'un certificat d'études spécialisées, reconnu par le Ministère de la Santé et de la Population) ;

Infirmier diplômé d'état ;

Auxiliaire médical en anesthésie-réanimation ;

Infirmier breveté ;

Aide soignant ;

Titulaire du certificat de capacité d'ambulancier ;

Titulaire de certificat de capacité de brancardier ;

**Titre III : conditions et modalités de délivrance de l'agrément**

**Article 7 :** L'agrément est délivré aux personnes physiques ou morales qui disposent :

Des personnels nécessaires, pour garantir la présence à bord de tout véhicule en service, un équipage conforme aux normes définies comme suit :

Pour les véhicules de catégories A : deux personnes appartenant aux catégories de personnels mentionnés à l'article 6, dont l'une au moins de catégorie 1 ;

Pour les véhicules de catégorie B : deux personnes appartenant aux catégories de personnels mentionnés à l'article 6, dont l'une au moins de catégorie 2 ou 3 ;

Pour les véhicules de catégorie C : deux personnes appartenant aux catégories de personnels de 5 à 7 mentionnés à l'article 6.

De véhicules appartenant aux catégories A, B ou C et mentionnées à l'article 4 du présent texte, véhicule dont elles en font un usage exclusif.

**Article 8 :** L'agrément relatif aux transports sanitaires peut être délivré pour l'accomplissement :

Soit des transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (ambulance médicalisée) ;

Soit des transports de malades ou parturientes (ambulance) ; Soit pour l'une des deux catégories seulement ;

Et des transports de malades effectués sur prescription médicale (catégorie C), (voir article 11) .

**Article 9 :** L'agrément en vue des transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente ne peut être délivré qu'à des personnes physiques ou morales, disposant :

Des personnels des catégories 1 : définies à l'article 6 du présent texte éventuellement accompagnés des personnels de catégories 2 ou 3 ;

En plus de l'ambulance médicalisée, d'un ou plusieurs véhicules appartenant au moins à la catégorie B (ambulance).

**Article 10 :** L'agrément en vue des transports sanitaires effectués dans le cadre des transports des blessés ou parturientes (transport sanitaire de catégorie B) ne peut être délivré qu'à des personnes physiques ou morales, disposant :

Des personnels des catégories 1, 2 ou 3 définies à l'article 6 ci-dessus mentionné éventuellement accompagné des personnels de catégorie 4 ;

Et d'une autre ambulance au moins, de catégorie B.

**Article 11 :** Seules les personnes titulaires de l'agrément délivré pour l'accomplissement du transport des catégories A et B, sont autorisées à mettre en service des véhicules sanitaires légers de la catégorie C, mentionnées à l'article 4. Le nombre de ces véhicules ne peut toutefois excéder le double de celui des ambulances détenues par le titulaire de cet agrément.

Le véhicule sanitaire léger est exclusivement réservé au transport sanitaire de deux malades au maximum, en position assise.

**Titre IV : Obligations des personnes titulaires de l'agrément**

**Article 12 :** Le transport doit être effectué dans le respect du libre choix du malade et sans discrimination d'aucune sorte entre les malades. Il doit être assuré :

Avec des moyens en véhicules et en personnels conformes aux dispositions citées ci-dessus ;

En tenant compte des indications données par le médecin ;

Sans interruption injustifiée du trajet.



**Article 13 :** Les personnes titulaires de l'agrément sont tenues de soumettre les véhicules affectés aux transports sanitaires, en particulier en ce qui concerne la cellule sanitaire, au contrôle des services de la D.S.P de la Wilaya, suivant les modalités qui seront fixées par voie réglementaire.

En outre, ces véhicules sont soumis aux dispositions relatives au contrôle technique relevant des services du Ministère du transport.

**Article 14 :** Les véhicules affectés aux transports sanitaires, doivent être peints en blanc et revêtus de l'emblème distinctif (croissant bleu), avec identification de la catégorie du transport (ambulance médicalisée ou ambulance sanitaire ou transport sanitaire léger) accompagné du numéro de téléphone et de l'adresse de l'entreprise.

**Article 15 :** Est considérée en infraction, toute personne qui, par dénomination, emblème ou tout autre moyen tend à faire croire faussement qu'elle participe au fonctionnement des SAMU et des moyens mobiles de secours et de soins d'urgence.

**Article 16 :** Les personnes titulaire de l'agrément sont appelés à tenir constamment à jour la liste des membres de leur personnel composant les équipages des véhicules de transport sanitaire, en précisant leur qualification.

Cette liste est adressée annuellement à la Direction de la Santé de Wilaya dans laquelle les intéressés exercent leur activité. La même Direction est avisée sans délai de toute modification de la liste.

**Article 17 :** Les personnes titulaires de l'agrément délivré pour l'accomplissement des transports de catégorie A et B, sont tenues de participer au service de garde organisé par la D.S.P, en concertation avec les professionnels concernés. La participation de chaque entreprise au tour de garde doit prendre en compte ses moyens opérationnels.

**Article 18 :** Lorsque les personnes titulaires de l'agrément sont de garde, elles sont tenues :

D'assurer l'écoute des appels conformément au tout de garde ;

De satisfaire sans délai aux demandes de transport sauf impossibilité absolue.

**Article 19 :** Les entreprises privées de transport sanitaire sont appelées à fixer leur siège social au lieu de leurs installations matérielles d'exploitation.

**Article 20 :** L'exploitant de l'entreprise doit disposer d'un local qui lui soit propre et qui permette l'accueil des demandeurs, il doit :

Etre signalé par une plaque extérieure indicatrice ;

Etre muni d'une sonnette pour les appels de jours et de nuits ;

Etre titulaire d'un abonnement au réseau téléphonique ;

Disposer d'un garage permettant le lavage et le petit entretien du matériel.

**Article 21 :** Le contrôle du respect de l'ensemble des obligations de l'agrément revient aux services de la D.S.P, chargés de l'instruction des dossiers d'agrément.

**Article 22 :** Mr le Directeur de la Santé et de la Population établit la liste des personnels de la D.S.P chargée sous la responsabilité du médecin inspecteur de la santé, d'effectuer les contrôles des véhicules affectés aux transports sanitaires.

**Article 23 :** Des experts nommés par Mr le Wali, sur proposition du D.S.P peuvent apporter leur concours au personnel des services de la D.S.P chargés du contrôle pour l'inspection des véhicules et des matériels qu'ils contiennent.

**Article 24 :** La Direction de la Santé et de la Population peut à tout moment, pendant les heures d'activité du transporteur, vérifier les installations matérielles, l'équipement médical et les documents administratifs nécessaires pour établir la conformité de l'agrément.

**Article 25 :** Les modalités du contrôle des véhicules par la D.S.P viseront plus particulièrement :

La cellule sanitaire du transport terrestre et aérien et le personnel de santé qui y est affecté, conformément aux normes déterminées pour chacune des trois catégories ;

les véhicules sanitaires sont présentés au contrôle des services de la D.S.P aux heures et lieux fixés par ceux-ci, ils sont contrôlés avant leur mise en service, soit qu'il s'agisse de l'instruction du dossier d'agrément, soit d'une modification des éléments constitutifs de ce dossier.

#### **Titre VI : sanctions encourues**

**Article 26 :** La personne titulaire de l'agrément doit bien entendu mettre en oeuvre des moyens conformes à l'agrément.

**Article 27 :** En cas de manquement aux obligations du présent texte, par une personne bénéficiant de l'agrément, celui-ci peut être retiré temporairement ou sans limitation de durée par décision du Ministère de la Santé et de la Population.

Toutefois, certaines infractions ne peuvent être sanctionnées que par le retrait ou la suspension d'agrément, d'autres que par une sanction pénale.

La gravité de l'infraction, son caractère répétitif, les circonstances dans lesquelles elle a été commise, ses conséquences, etc...pourront déterminer la décision de sanction qui relève du ressort du Ministre chargé de la Santé et de la Population

#### **Titre VII : Dispositions transitoires**

**Article 28 :** Les personnes assurant des transports sanitaires à la date de promulgation du présent texte, doivent à l'expiration d'une période d'une année à compter de la date de sa publication, se conformer aux dispositions nouvelles.

**Article 29 :** Le présent arrêté sera publié au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Population.

Fait à Alger, le 15 septembre 1998

**Le Ministre de la Santé et de la Population**

## **Normes techniques et matérielles de l'ambulance médicalisée (catégorie a)**

Cellule sanitaire: Les parois de cette cellule sont isolées thermiquement et acoustiquement par les dimensions intérieures de la cellule:

Longueur : 2,80 m

Largeur : 1,80

Hauteur : 1,80m

Les parois intérieures ne doivent présenter aucune saillie dangereuse ; elles doivent être recouvertes d'un revêtement lavable, résistant aux procédés usuels de désinfection.

La plancher réalisé en matériaux anticorrosifs avec revêtement étanche antidérapant et ne retenant pas les poussières, conçu pour permettre l'évacuation totale des eaux résultant des opérations d'entretien.

Une porte latérale installée sur le côté droit du véhicule, coulissante, pourvue d'un système d'ouverture de l'extérieur, et disposant d'un système de verrouillage empêchant son ouverture intempestive.

Une porte à 02 vantaux à l'arrière du véhicule vitrée en partie supérieure et sa fermeture doit pouvoir se faire de l'intérieur et de l'extérieur et ne doit pas permettre son ouverture intempestive en cours de route.

La baie arrière doit être pourvue d'un dispositif de blocage de sorte à éviter son ouverture à plus de 0,40 m hors tout.

Des baies vitrées sur les parties latérales basculantes ou ouvrantes permettant l'utilisation comme issue de secours

L'ensemble de baies vitrées sont dépolies au 2/3 en partie basse (verre opaque dit type " Sécurité ").

Un mouvement de translation parallèle de l'axe de véhicule permettant un chargement aisé du brancard.

Un bloc support brancard principal permettant un chargement facile, chariot brancard.

Un mouvement de translation permettant la circulation tout autour du support.

Deux mains courantes solidement fixées de part et d'autres de la cellule, équipées de quatre(04) crochets potence, chacun coulissant et blocage pour flacon de perfusion.

De deux autres systèmes d'accrochage susceptibles d'être utilisés dans l'assistance médicale.

D'un dispositif fixe de distribution d'oxygène constitué par une canalisation de transport, munie chacune d'un mano-détendeur et d'une prise rapide à vis et d'un débit litre gradué, et d'un nécessaire d'inhalation(masque).

Installation électrique en cellule :

1 Interrupteur général assurant la mise hors circuit de toute installation.

4 Plafonniers 2x21 W d'un flux lumineux suffisant

1 Prise 12 V pour projecteurs

1 Commande va et vient d'éclairage

1 Eclairage du coffre latéral

1 Interrupteur général assurant la mise hors circuit de toute l'installation électrique du véhicule, à l'exception des feux de position et de détresse.

Conditionnement d'air :

Le véhicule est doté d'un système de chauffage et climatisation séparés.

Le chauffage et aérotherme d'une puissance de 6200 K.cal/h, encastré dans le meuble frontal, commandé à partir de la cabine.

Equipement. :

Mobilier :

Sur le côté gauche de la cellule :

En haut un placard pavillon moulé avec porte altuglas fumée coulissante dans un encadrement en aluminium et feutre.

Sur le passage de roue, un coffre pour rangement du matelas immobilisateur (matelas coquille) et de sa pompe.

support du respirateur et du defiscope.

à l'avant du passage de roues, un coffre pour le rangement de la valise de réanimation.

Sur le côté droit de la cellule :

En haut, un placard pavillon moulé avec porte altuglas fumée coulissante dans un encadrement en aluminium et feutre

A l'avant de la cellule :

Un meuble avec différents rangements constitués de tiroirs.

Un placard.

Un siège coulissant

Un siège rélevable

Un plan de travail en polyester avec lavabo incorporé

Un robinet

Un rangement pour jerrican d'eau.

Brancards :

Un portoir à lames.

Un brancard installé en position rabattable contre la paroi interne de la cellule sanitaire, solidement fixé sur le côté droit.

Un brancard à poignées rentrantes, réalisé en console pivotante réglable, équipé d'un dispositif de support amovible par béquilles escamotables, terminées à leurs parties basses par des roues en caoutchouc facilement manœuvrable sur bloc support, permettant son utilisation comme chariot tractable.

Ce dispositif permet de déplacer l'installation vers la gauche ou vers la droite de l'axe longitudinal du véhicule.

Le brancard est doté d'un système d'accrochage rabattable pour flacon de perfusion.

Le brancard permet en outre l'utilisation d'un moyen de contention du corps entier du patient

Ces deux brancards sont verrouillables et possédant chacun un dispositif permettant de maintenir en position aisée le patient au niveau de la tête et des jambes.

Un matelas à coquille avec housse.

Matériel et Equipement Médical :

Matériel accompagnant le véhicule :

1 ou 2 débit litres

1 ou 2 détendeurs

2 bouteilles d'oxygène de 15 litres

1 portoir avec support perfusion escamotable

2 matelas mousse 10 Cm

1 matelas coquille

6 sangles de maintien

2 masques inhalateurs

1 appareil respirateur mobile

1 valise de réanimation

1 defiscope mobile

1 aspirateur de mucosités de 01 litre mobile

1 ensemble d'attelles pneumatiques

1 ensemble de minerves (enfants, adolescent, adultes)

1 bouteille d'oxygène de rechange

2 couvertures stériles pour brûlés

1 jeu d'attelles gonflables (pied, jambes, bras).

## **Normes minimales concernant les installations matérielles dans une ambulance (catégorie b)**

### **Normes minimales concernant les véhicules :**

Le véhicule doit être exclusivement réservé aux transports de malades, blessés, femmes en couches, nouveaux nés et prématurés, il est aménagé à cette fin de manière permanente.

La suspension doit être adaptée aux transports de personnes allongées sur un brancard à poignées rentrantes conforme aux normes internationales.

La carrosserie, de type break ou fourgon, doit comprendre deux parties, la cabine de conduite et la cellule sanitaire séparées par une cloison. La carrosserie doit être entièrement rigide.

Le véhicule doit être peint en blanc revêtu d'un croissant bleu, de la catégorie du transport, du numéro de téléphone et de l'adresse de l'entreprise du transport sanitaire.

Le véhicule est muni d'un feu spécial agréé et d'un timbre spécial respectivement prévus par la réglementation en vigueur.

La cellule sanitaire doit offrir les dimensions minimales suivantes :

longueur : deux (02) mètres au niveau du plan brancard ;

largeur : 1,10 mètres à hauteur du siège de l'accompagnateur hors des coffres de passage des roues ;

hauteur : 0,95 mètre au dessus du plan du brancard mesuré à la partie antérieure de la cellule sanitaire sur 60% de la longueur totale.

Les revêtements intérieurs des parois doivent être lisses. Ces revêtements, ainsi que ceux du sol et des sièges doivent être lavables et résistants aux procédés usuels de désinfection.

La cellule sanitaire doit s'ouvrir aisément par l'arrière pour permettre les manoeuvres de brancardage.

La cellule doit comporter un dispositif d'éclairage et de chauffage, et un système spécial de ventilation dont les réglages sont indépendants de ceux de la cellule de conduite.

La cellule sanitaire doit contenir :

Un poste d'oxygénothérapie mobile, comprenant deux bouteilles d'oxygène de 1 mètre cube normobare chacune, portables, dont l'une au moins, aisément accessible, est munie d'un débitmètre gradué en litre d'oxygène par minute, faisant corps avec un mano-détendeur :

Un dispositif fixe permettant de recevoir un flacon de perfusion de 0,500 litres ;

Un nécessaire de secourisme d'urgence.

La roue de secours, ainsi que le matériel de réparation et d'entretien doivent être placés hors de la cellule sanitaire.

### **Normes minimales concernant le véhicule sanitaire léger de catégorie c**

Le véhicule est exclusivement réservé aux transports sanitaires ;

Le véhicule doit contenir un nécessaire de secourisme d'urgence ;

Le véhicule sanitaire ne doit pas prendre plus de deux malades en position assise ;

Le véhicule est muni de dispositifs sonores et lumineux en timbre et en feu spéciaux respectivement, agréés par la réglementation en vigueur.

Le véhicule est équipé de ceinture de sécurité et enrouleur aux places avant ;

La carrosserie est entièrement rigide, le véhicule doit être peint en blanc revêtu d'un croissant bleu, de la catégorie du transport, du numéro de téléphone et de l'adresse de l'entreprise du transport sanitaire ;

La carrosserie est entièrement rigide, le véhicule doit être peint en blanc revêtu d'un croissant bleu, de la catégorie du transport, du numéro de téléphone et de l'adresse de l'entreprise du transport sanitaire ;

## **Composition du dossier d'agrément des personnes effectuant le transport sanitaire**

Le dossier prévu à l'article 7 de l'arrêté portant exercice, à titre privé, du transport sanitaire est adressé à la Direction de la Santé et de la Population de la Wilaya concernée. Le dossier précise pour quelle catégorie de transport sanitaire l'agrément est demandé en application des dispositions de l'article 8.

Il est constitué :

De renseignements concernant la personne qui demande l'agrément :

Dossier administratif de la personne responsable, adresse de la personne physique ou morale qui demande l'agrément, éventuellement le nom commercial utilisé ;

S'il s'agit d'un professionnel de santé (praticien médical spécialiste, infirmier diplômé d'état, anesthésiste-réanimateur diplômé d'état) ;

S'il s'agit d'une association ou d'une mutuelle à caractère médical, ses statuts ;

S'il s'agit d'une société, ses statuts ;

Adresse et téléphone de chaque lieu d'implantation de l'activité de transport sanitaire.

De renseignements techniques concernant chacun des véhicules de transport sanitaire mis en service :

Photocopie recto-verso du certificat d'immatriculation (carte grise) et certificat de conformité aux normes minimales inhérentes aux trois différentes catégories de véhicules ;

Liste du matériel embarqué, conforme aux normes minimales établies, mentionnant, s'il y a lieu le numéro d'homologation.

L'entreprise est organisée de façon à garantir à bord de tout véhicule en service la présence d'au-moins deux personnes remplissant les conditions énoncées dans l'article 6 de l'arrêté portant réglementation du transport sanitaire.

Etat nominatif des personnes pouvant constituer l'équipage des véhicules mis en service et précisant leur qualifications et diplômes, établi de manière à garantir par implantation au moins autant d'équipages employés à temps complet, que de véhicule A, B ;

Pour les personnes qui demandent l'agrément portant à la fois sur les trois catégories de transports mentionnées à l'article 8, de l'arrêté, les renseignements concernant les installations matérielles, et le personnel employé doivent apparaître distinctement.

**Décret exécutif n°07-218 du 25 Joumada Ethania 1428 correspondant au 10 juillet 2007 fixant les conditions, les modalités de prise en charge et les tarifs de remboursement des frais de transport sanitaire par les organismes de sécurité sociale.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85- 4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n°83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales, notamment ses articles 8 et 9 ;

Vu la loi n°83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, notamment son article 85 ;

Vu la loi n°01-13 du 17 Joumada El Oula 1422 correspondant au 7 août 2001 portant orientation et organisation des transports terrestres, notamment son article 34 ;

Vu le décret présidentiel n°07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n°07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°02-448 du 13 Chaoual 1423 correspondant au 17 décembre 2002 relatif aux tarifs plafonds du transport de voyageurs par taxi automobile ;

Vu le décret exécutif n°03-137 du 21 Moharram 1424 correspondant au 24 mars 2003 fixant les attributions du ministre du travail et de la sécurité sociale ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de fixer les conditions, les modalités de prise en charge et les tarifs de remboursement des frais de transport sanitaire par les organismes de sécurité sociale, en application des dispositions des articles 8 et 9 de la loi n°83-11 du 2 juillet 1983, susvisée.

Les dispositions du présent décret s'appliquent aux assurés sociaux, à leurs ayants-droit et, le cas échéant, à leurs accompagnateurs.

**Article 2 :** Les frais de transport sanitaire des malades assurés sociaux ne peuvent donner lieu à remboursement que si ce transport sanitaire a fait l'objet d'une prescription médicale.

La prescription médicale doit préciser le type de transport sanitaire à utiliser au regard de l'état de santé du malade et/ ou des soins exigés.

Toutefois, la prescription médicale préalable n'est pas exigée lorsque le malade est transporté dans le cadre de l'urgence médicale constatée.

**Article 3 :** Les frais de transport sanitaire ne peuvent donner lieu à remboursement que si le malade fait appel à un opérateur de transport sanitaire ayant satisfait aux conditions administratives, techniques et médicales prévues en la matière.

**Article 4 :** Le tarif de base de remboursement des prestations offertes par les opérateurs de transport sanitaire est déterminé en fonction de la catégorie du véhicule utilisé et de la distance parcourue.

**Article 5 :** Le tarif de base de remboursement des frais du transport sanitaire par kilomètre parcouru est fixé comme suit :

. Pour le transport par ambulance médicalisée :

\* 27 DA : du 1<sup>er</sup> au 100<sup>ème</sup> kilomètre ;

\* 19 DA : à partir du 101<sup>ème</sup> kilomètre.

. Pour le transport par ambulance sanitaire :

\* 18 DA : du 1<sup>er</sup> au 100<sup>ème</sup> kilomètre ;

\* 13,50 DA : à partir du 101<sup>ème</sup> kilomètre.

. Pour le transport par véhicule sanitaire léger :

\* 12 DA : du 1<sup>er</sup> au 100<sup>ème</sup> kilomètre ;

\* 9 DA : à partir du 101<sup>ème</sup> kilomètre.

**Article 6 :** Les normes techniques, les équipements médicaux ainsi que les personnels affectés aux véhicules prévus à l'article 5 ci-dessus sont fixés par arrêté interministériel du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé.

**Article 7 :** Les frais de transport sanitaire remboursables dans les conditions prévues à l'article 5 ci-dessus s'appliquent au trajet constitué par la distance parcourue entre le domicile du malade ou le lieu où il est pris en charge et la structure de soins la plus proche, lui prodiguant les soins nécessités par son état de santé et/ou vice-versa.

**Article 8 :** En sus du remboursement des frais de transport sanitaire du trajet prévu à l'article 7 ci-dessus, il est accordé, à l'opérateur de transport sanitaire le plus proche, un montant forfaitaire destiné à rémunérer le trajet constitué par la distance entre le siège de cet opérateur et le domicile ou le lieu de prise en charge du malade, fixé comme suit :

- 100 DA : moins de 20 kilomètres parcourus ;
- 200 DA : de 20 à 50 kilomètres parcourus ;
- 300 DA : de 51 à 100 kilomètres parcourus ;
- 150 DA : par tranche de 50 kilomètres au-delà de 100 kilomètres parcourus.

**Article 9 :** Dans le cas où il y a nécessité absolue d'immobilisation du véhicule au niveau de la structure de soins due à l'attente du ou des malades, il est remboursé 25 DA par tranche d'un quart d'heure.

**Article 10 :** Les tarifs de remboursement cités aux articles 5, 8 et 9 ci-dessus sont majorés de 25% en cas d'intervention la nuit ou un jour férié.

La majoration de nuit s'applique de vingt et une (21) heures à cinq (5) heures.

Il n'est appliqué qu'une seule majoration lorsque l'intervention a lieu la nuit d'un jour férié.

**Article 11 :** En cas de transport sanitaire simultané de deux malades dans un véhicule sanitaire léger, le remboursement des frais de transport sanitaire est calculé dans les conditions prévues aux articles 5 à 10 ci-dessus.

Ces frais sont calculés au taux de 100% pour le premier malade et réduits de 50% pour le second malade.

**Article 12 :** Le remboursement des frais de transport par tout autre moyen que ceux prévus par les dispositions du présent décret s'effectue selon les tarifs en usage en la matière, conformément à la réglementation en vigueur et sur présentation des documents justificatifs, le cas échéant.

**Article 13 :** Les frais de transport sanitaire sont remboursés sur présentation d'une facture, établie par l'opérateur de transport sanitaire, accompagnée d'un certificat des soins effectués ou de tout autre document délivré par la structure de soins concernée.

Les frais de transport sanitaire couvrent également les actes d'urgence pratiqués à bord dans le cas du transport par ambulance.

**Article 14 :** Le transport sanitaire simultané prévu à l'article 11 ci-dessus donne lieu à l'établissement, par l'opérateur de transport sanitaire, d'une facture faisant mention du transport sanitaire simultané.

**Article 15 :** Pour la mise en œuvre des dispositions du présent décret, les organismes de sécurité sociale établissent des conventions avec les opérateurs de transport sanitaire, conformément à la convention-type jointe en annexe au présent décret.

**Article 16 :** Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées.

**Article 17 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 25 Joumada Ethania 1428 correspondant au 10 juillet 2007.

**Abdelaziz BELKHADEM.**

# **Médicaments et Pharmacie**

# Décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992 relatif à l'autorisation d'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la Santé et des Affaires sociales:

Vu la Constitution, notamment ses articles 81 et 116 ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;

Vu le décret exécutif n° 92-65 du 12 février 1992 relatif au contrôle des produits fabriqués localement ou importés ;

Vu le décret exécutif n° 92-284 du 6 juillet 1992 relatif à l'enregistrement de produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine ;

**Décrète :**

## TITRE I : OBJET

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles est autorisée l'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques.

**Article 2** : L'ouverture et l'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques sont soumises à une autorisation préalable du wali du lieu d'implantation de l'établissement.

Cette autorisation est accordée après avis conforme d'une commission de wilaya dont la composition et les conditions de fonctionnement sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la Santé.

L'autorisation prévue ci-dessus peut être suspendue pour un délai maximum d'une année ou retirée définitivement dans les mêmes formes en cas de manquement grave aux dispositions du présent décret.

**Article 3** : L'autorisation d'exploitation est accordée lorsque la commission vérifie que le fabricant ou le grossiste répartiteur possède notamment :

- des locaux aménagés, agencés et entretenus en fonction des opérations pharmaceutiques qui y sont effectuées ;
- les équipements directs et auxiliaires de production, fonctionnement, manutention et contrôle de qualité nécessaires aux opérations pharmaceutiques qui y sont effectuées ;
- le personnel en nombre et qualification suffisant.

L'ensemble des locaux, procès, procédés et organisation doit être conforme aux règles de bonnes pratiques de fabrication, conditionnement, stockage et contrôle de la qualité. Ces règles sont fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé.

**Article 4** : Les établissements de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques sont soumis aux contrôles des organes habilités à cet effet.

## TITRE II :

### DE LA DIRECTION TECHNIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

**Article 5** : La direction technique de tout établissement pharmaceutique de production et/ou distribution doit être assurée par un pharmacien. Le pharmacien directeur technique veille à l'application de l'ensemble des règles techniques et administratives édictées dans l'intérêt de la santé publique.

**Article 6** : Le directeur technique doit en sus du diplôme d'Etat

de pharmacien, posséder les qualifications et expérience professionnelle requises par l'ampleur et la complexité technique et organisationnelle des fonctions qu'il exerce. Les dispositions du présent article sont précisées par arrêté du ministre chargé de la Santé.

**Article 7** : Dans le cas d'un établissement de production, le directeur technique exerce notamment les fonctions suivantes :

- Signer, après avoir pris connaissance des rapports d'expertise, les demandes d'enregistrement de produit ;
- garantir que chaque lot de produit a été fabriqué et contrôlé selon les exigences de qualité retenues pour l'enregistrement conformément aux dispositions du décret n° 92-65 du 12 février 1992 relatif au contrôle des produits fabriqués localement ou importés ;
- organiser, commander, coordonner et contrôler les approvisionnements, la fabrication, le conditionnement, le stockage, l'expédition et l'information médicale et scientifique produits ;
- exercer l'autorité technique sur les pharmaciens de l'établissement.

**Article 8** : Dans le cas d'un établissement de distribution, le directeur technique exerce notamment les fonctions suivantes :

- garantir que chaque lot de médicament a subi un contrôle physico-chimique, éventuellement biologique et/ou microbiologique à même de garantir sa conformité aux exigences de qualité retenues pour l'enregistrement ;
- organiser, commander, coordonner et contrôler la réception, le stockage, l'expédition et l'information médicale et scientifique desdits produits ;
- exercer l'autorité technique sur les pharmaciens de l'établissement.

Le directeur technique propose toute mesure concourant à l'amélioration des conditions d'exploitation de l'établissement

**Article 9** : Tout remplacement du directeur technique doit être notifié au wali dans les quinze (15) jours qui suivent ce remplacement. Le remplaçant devra obéir aux critères de diplôme, qualification et expérience professionnelle requis.

**Article 10** : Dans le cas où un désaccord portant sur l'application des règles techniques et administratives édictées dans l'intérêt de la santé publique, oppose un organe de gestion ou de contrôle de l'entreprise pharmaceutique au directeur technique, celui-ci doit en informer immédiatement le ministre chargé de la Santé.

**Article 11** : Le directeur technique d'un établissement pharmaceutique, doit pouvoir justifier, à tout moment, que les produits fabriqués et/ou distribués sont conformes aux caractéristiques auxquelles ils doivent répondre et qu'il a été procédé aux contrôles nécessaires.

## TITRE III

### DE LA PROCEDURE DE DÉLIVRANCE DE L'AUTORISATION D'EXPLOITATION

**Article 12** : Toute demande d'autorisation d'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques doit être adressée au wali du lieu d'implantation de l'établissement. Le dossier de demande d'autorisation d'exploitation d'un établissement pharmaceutique de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques doit comprendre les éléments suivants :

- une copie des statuts de l'établissement pharmaceutique considéré,
- l'adresse de l'établissement pharmaceutique objet de la demande,
- un plan de l'ensemble de l'établissement au 1/100<sup>ème</sup> avec l'indication de l'affectation de chaque local,
- les noms, adresse et les justificatifs de la qualification et expérience professionnelle du directeur technique
- l'état de l'effectif du personnel par catégorie socio-professionnelle et les noms et qualifications des principaux cadres,
- pour les établissements de distribution : la liste des produits dont la distribution est envisagée ainsi que la liste des wilayas où ces produits doivent être distribués
- pour les établissements de production : la liste des différentes formes pharmaceutiques dont la production est envisagée ainsi que la liste des équipements de production et de contrôle prévus,



- une copie de la partie technique des éventuels accords de transfert de technologie ou de concession de licence.
- Article 13 :** Après examen du dossier et inspection des locaux, la commission prévue à l'article 2 ci-dessus propose au wali, lorsque les conditions prévues à l'article 3 ci-dessus sont réunies, l'octroi de l'autorisation d'exploitation de l'établissement considéré. Celle-ci est notifiée immédiatement au demandeur. L'autorisation porte la mention du nom du directeur technique et, pour les établissements de production, de la liste des formes pharmaceutiques autorisées à y être fabriquées et/ou conditionnées.
- Article 14 :** La commission doit statuer dans un délai de trois (3) mois à compter de la saisine.
- Article 15 :** Lorsque le dossier soulève des réserves qui empêchent la délivrance de l'autorisation d'exploitation, celles-ci sont immédiatement notifiées au demandeur. Lorsque celui-ci estime avoir levé l'ensemble des réserves mentionnées, il peut saisir à nouveau la commission. Celle-ci doit statuer dans délai maximum d'un mois à compter de la saisine.
- Article 16 :** Toute modification ou extension des formes pharmaceutiques fabriquées dans un établissement pharmaceutique doit être notifiée au wali. L'autorisation d'exploitation est alors modifiée après avis de la commission prévue à l'article 2 ci-dessus.
- Article 17 :** L'autorisation d'exploitation devient caduque, si dans les deux (2) ans qui suivent son attribution, l'établissement n'est pas entré en fonctionnement.
- Toutefois, sur justification présentée par le demandeur avant l'expiration du délai ci-dessus mentionné, l'autorisation peut être prorogée une seule fois pour une période d'une année.
- Article 18 :** - En cas de cessation d'activité, le responsable de l'établissement en informe le wali. L'autorisation délivrée devient alors caduque.

#### TITRE IV : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

**Article 19 :** Par dérogation aux dispositions du présent décret, l'entreprise nationale de production pharmaceutique SAIDAL ainsi que l'Institut Pasteur d'Algérie demeurent habilités à assurer leurs activités de fabrication, conformément à leurs statuts respectifs. Ils sont toutefois tenus de communiquer au ministre chargé de la Santé les noms et qualifications des directeurs techniques de leurs unités dans un délai de six (6) mois A compter de la date de publication du présent décret au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

**Article 20 :** Par dérogation aux dispositions du présent décret les entreprises nationales d'approvisionnement pharmaceutiques ENAPHARM, ENCOPHARM et ENOPHARM demeurent habilitées à assurer leurs activités de distribution. Elles sont toutefois tenues de communiquer au ministre chargé de la Santé les noms et qualifications des directeurs techniques de leurs unités de distribution en gros dans un délai de six (6) mois à compter de la date de publication du présent décret au *journal officiel* de la République algérienne démocratique populaire.

**Article 21 :** Les établissements de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques régulièrement installés à la date de publication du présent décret au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire, sont tenus de se conformer à l'ensemble de ses dispositions.

**Article 22 :** La régularisation de la situation des établissements visés à l'article précédent doit s'effectuer auprès wali conformément aux dispositions du présent décret, notamment son article 1 2.

La demande de régularisation devra être adressée au wali, au plus tard six (6) mois après la date de publication du présent décret au *journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

En cas de réserves émises par la commission prévue à l'article 2 ci-dessus, celles-ci devront être levées dans un délai maximum d'une année, à compter de la date de notification desdites réserves au demandeur

**Article 23 :** L'administration garantit la confidentialité de l'ensemble des informations qui lui sont communiquées dans le cadre des dispositions du présent décret.

**Article 24 :** Le présent décret sera publié au *journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le juillet 1992

**Sid Ahmed GHOZALI**

**Décret exécutif n° 93-114 du 12 mai 1993 modifiant et complétant le décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992 relatif à l'autorisation d'exploitation d'un établissement de production ou de distribution de produits pharmaceutiques.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la population,

Vu la Constitution, notamment ses articles 81--4 et 116 alinéa 2;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée;

Vu le décret exécutif n° 92-65 du 12 février 1992 relatif au contrôle des produits fabriqués localement ou importés, modifié et complété;

Vu le décret exécutif n° 92-284 du 6 juillet 1992-relatif à l'enregistrement de produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine;

Vu le décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992 relatif à l'autorisation d'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Les dispositions des *Articles 2, 9, 12, 13, 16, 18 et 22* du décret exécutif n° 92- 285 du 6 juillet 1992 susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

« **Art. 2.** — L'ouverture et l'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques sont soumises à une autorisation préalable :

— du ministre chargé de la santé dans le cas d'un établissement de production;

— du wali du lieu d'implantation dans le cas d'un établissement de distribution.

Cette autorisation est accordée après avis conforme d'une commission centrale installée auprès du ministre chargé de la santé pour les établissements de production et d'une

commission de wilaya pour les établissements de distribution.

La composition et les conditions de fonctionnement des commissions prévues à l'alinéa ci-dessus sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'autorisation prévue ci-dessus peut être suspendue pour un délai maximum d'une année ou retirée définitivement dans les mêmes formes en cas de manquements graves aux dispositions du présent décret».

«**Art. 9.** — Tout remplacement du directeur technique doit être notifié dans les 15 jours qui suivent ce remplacement :

— au ministre chargé de la santé pour l'établissement de production,

— au wali pour l'établissement de distribution.

Le remplacement devra obéir aux critères de diplôme, de qualification et d'expérience professionnelle requis».

«**Art 12.** — Toute demande d'autorisation d'exploitation d'un établissement de production ou de distribution de produits pharmaceutiques doit être adressée :

— au ministre chargé de la santé pour l'établissement de production.

— au wali du lieu d'implantation pour l'établissement de distribution.

Le dossier de demande d'autorisation d'exploitation d'un établissement pharmaceutique de production ou de distribution de produits pharmaceutiques doit comprendre les éléments suivants :

— une copie des statuts de l'établissement pharmaceutique considéré,

— l'adresse de l'établissement pharmaceutique objet de la demande,

— un plan d'ensemble de l'établissement au 1/100<sup>ème</sup> avec l'indication de l'affectation de chaque local,

— les noms, adresse et les justificatifs de la qualification et expériences professionnelles du directeur technique,

— l'état de l'effectif du personnel par catégorie socio-professionnelle et les noms et qualifications des principaux cadres,

— pour les établissements de distribution : la liste des produits dont la distribution est envisagée ainsi que la liste des wilayas où ces produits doivent être distribués,

— pour les établissements de production : la liste des différentes formes pharmaceutiques dont la production est envisagée ainsi que la liste des équipements de production et de contrôle prévus,

— une copie de la partie technique des éventuels accords de transfert de technologie ou de concession de licence».

«**Art. 13.** — Après examen du dossier et inspection des locaux, la commission centrale et la commission de wilaya prévues à l'article 2 ci-dessus proposent respectivement selon les cas, au ministre chargé de la santé et au wali lorsque les conditions prévues à l'article 3 ci-dessus sont réunies, l'octroi de l'autorisation d'exploitation de l'établissement considéré. Celle-ci est notifiée immédiatement au demandeur».

«**Art. 16.** — Toute modification ou extension de la liste des produits pharmaceutiques fabriqués dans un établissement pharmaceutique doit être notifiée au ministre chargé de la santé.

L'autorisation d'exploitation est alors notifiée après avis de la commission centrale prévue à l'article 2 ci-dessus»

«**Art. 18.** — En cas de cessation d'activité, le responsable de l'établissement en informe :

— le ministre chargé de la santé, dans le cas d'un établissement de production,

— le wali, dans le cas d'un établissement de distribution.

L'autorisation délivrée devient alors caduque».

«**Art. 22.** — La régularisation de la situation des établissements visés à l'article précédent doit s'effectuer conformément aux dispositions du présent décret notamment son article 12.

La demande de régularisation doit être adressée au plus tard six (06) mois après la date de publication du présent décret au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire :

— au ministre chargé de la santé pour les établissements de production,

— au wali pour les établissements de distribution.

En cas de réserves émises par l'une des commissions prévues à l'article 2 ci-dessus, celle-ci devront être levées dans les délais fixés.

Ces délais ne peuvent excéder une année à compter de leur notification au demandeur ».

**Article 2** : Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la république algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 12 mai 1993.

**Bélaïd ABDESSELAM.**



# Décret exécutif n° 2000-129 du 8 Rabie El Aouel 1421 correspondant au 11 Juin 2000

## fixant les conditions et les modalités d'exercice de l'inspection de la pharmacie.

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);

Vu l'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure civile ;

Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale ;

Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;

Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;

Vu la loi n° 79-07 du 21 juillet 1979, modifiée et complétée, portant code des douanes ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée par la loi n° 98-09 du 26 Rabie Ethani 1419 correspondant au 19 août 1998 ;

Vu la loi n° 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990 relative à la wilaya ;

Vu le décret présidentiel n° 99-299 du 15 Ramadhan 1420 correspondant au 23 décembre 1999 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 99-300 du 16 Ramadhan 1420 correspondant au 24 décembre 1999 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale ;

Vu le décret exécutif n° 92-284 du 6 juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine ;

Vu le décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992, modifié et complété, relatif à l'autorisation d'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques ;

Vu le décret exécutif n° 92-286 du 6 juillet 1992 relatif à l'information médicale et scientifique sur les produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine ;

Vu le décret exécutif n° 93-140 du 14 juin 1993 portant création, organisation et fonctionnement du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n° 97-261 du 9 Rabie El Aouel 1418 correspondant au 14 juillet 1997 fixant les règles d'organisation et de

fonctionnement des services de santé  
et de la population de wilaya ;

**Décrète:**

### CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions des articles 194-1 et suivants de la loi n° 98-09 du 26 Rabie Ethani 1419 correspondant au 19 août 1998 modifiant et

complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 susvisée, le présent décret a pour objet de fixer les conditions et les modalités dans lesquelles doit s'exercer l'inspection de la pharmacie.

**Article 2** : L'inspection de la pharmacie a pour objet de :

- veiller au respect de la législation et de la réglementation par les établissements pharmaceutiques ;
- participer à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale et contrôler l'application de ses programmes ;
- proposer des mesures réglementaires tendant à améliorer les performances de l'activité pharmaceutique et biologique et à garantir la sécurité sanitaire ;
- rechercher et constater les infractions en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, les médicaments et les produits assimilés à des médicaments.

**Article 3** : L'inspection de la pharmacie, outre ses missions spécifiques d'inspection, contribue à donner des conseils techniques aux conseils régionaux de la santé et aux directions de la santé et de la population.

Elle participe aux travaux de planification sanitaire, de formation des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques, de coordination et de contrôle.

### CHAPITRE II CONSTITUTION DES DOSSIERS D'INSPECTION

**Article 4** : Conformément à l'article 194-5 de la loi n° 98-09 du 26 Rabie Ethani 1419 correspondant au 19 août 1998 susvisée, les dossiers d'inspection d'établissement industriel et commercial comprennent les pièces suivantes :

**a) Etablissement industriel :**

- copie de l'autorisation d'exploitation de l'établissement de production délivrée par le ministère de la santé et de la population ;
- copie du certificat des bonnes pratiques de fabrication ;
- copie de l'autorisation d'exercice du pharmacien directeur technique délivrée par le ministère de la santé et de la population ;
- procès-verbal de l'inspection ;
- formulaire de l'état des lieux, ci-joint en annexe 5 du présent décret ;
- toutes autres pièces se rapportant à l'inspection de l'établissement

**b) Etablissement commercial :**

- copie de l'autorisation d'exploitation de l'établissement de distribution en gros, délivrée par la direction de la santé et de la population territorialement compétente;
- copie de l'autorisation d'exercice du pharmacien directeur technique, délivrée par le ministère de la santé et de la population ;
- procès-verbal de l'inspection ;
- formulaire de l'état des lieux, ci-joint en annexe 6 du présent décret ;
- toutes autres pièces se rapportant à l'inspection de l'établissement

**Article 5** : Les pharmaciens, les transporteurs et tous détenteurs de produits pharmaceutiques, de médicaments et de produits assimilés à des médicaments, sont tenus de mettre à la disposition des pharmaciens inspecteurs les éléments d'information et documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

### CHAPITRE III PRELEVEMENTS D'ECHANTILLONS

**Article 6 :** Sauf dans les cas prévus à l'article 11 ci-dessous, tout prélèvement comporte quatre (4) échantillons.

L'un des échantillons est laissé à la garde du détenteur.

Si l'intéressé refuse de conserver le dit échantillon en dépôt, mention du refus est faite sur le procès-verbal. Sous aucun prétexte, l'intéressé ne doit modifier l'état de

l'échantillon qui lui est confié. Dans tous les cas, il est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires pour sa bonne conservation. Un second échantillon est adressé sans délai au laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques par le directeur de la santé territorialement compétent.

Les deux derniers échantillons et le procès-verbal sont conservés au niveau de l'administration de tutelle et sont destinés à être utilisés au cours d'éventuelles expertises judiciaires.

**Article 7 :** Tout prélèvement donne lieu, séance tenante, à la rédaction d'un procès-verbal dont modèle est joint en annexe 1 du présent décret.

Si le prélèvement a lieu en cours de route, les noms et domiciles des personnes figurant sur les lettres de voitures ou connaissements comme expéditeur et destinataire.

Le procès-verbal doit, en outre, contenir un exposé succinct décrivant les circonstances dans lesquelles le prélèvement a été effectué, l'importance du lot de produits échantillonnés, l'identité du produit et la dénomination exacte sous laquelle ce dernier était détenu ou mis en vente. Le détenteur du produit ou, le cas échéant, son représentant peut en outre faire insérer au procès-verbal toutes déclarations qu'il juge utiles. Il est invité à signer le procès-verbal. S'il refuse, mention en est faite par le pharmacien inspecteur.

**Article 8 :** Les prélèvements doivent être effectués de telle sorte que les quatre (4) échantillons soient autant que possible identiques. Un arrêté ministériel déterminera, en tant que de besoin, la quantité à prélever ainsi que les précautions à prendre pour le transport et la conservation des échantillons.

**Article 9 :** Tout échantillon prélevé est mis sous scellés.

Ces scellés retiennent une étiquette d'identification conforme au modèle joint en annexe 2 du présent décret, composée de deux parties pouvant se séparer et être

ultérieurement rapprochées, à savoir :

\* Un talon qui ne sera enlevé qu'au laboratoire après vérification du scellé et qui porte les mentions suivantes :

\* la dénomination sous laquelle le produit est détenu en vue de la vente, mis en vente ou vendu, la date, l'heure et le lieu de prélèvement ;

\* le numéro sous lequel le prélèvement est enregistré au moment de sa réception par le service administratif ;

\* le numéro d'ordre du pharmacien inspecteur.

\* Un volant joint au procès-verbal qui porte :

\* le même numéro d'enregistrement que celui porté sur le talon ;

\* le nom, prénoms ou nom commercial et adresse de la personne chez laquelle le prélèvement est effectué ou, en cas de prélèvement en cours de route, au port ou à

l'aéroport, ceux des expéditeurs et destinataires ;

\* la signature du pharmacien inspecteur ;

\* le numéro d'ordre du pharmacien inspecteur.

**Article 10 :** Aussitôt après avoir scellé les échantillons, le pharmacien inspecteur mentionne la valeur des échantillons prélevés déclarée par le détenteur de la marchandise.

Un récépissé, détaché d'un carnet à souches dont le modèle est joint en annexe 3 du présent décret, est remis au détenteur de la marchandise ; il y est fait mention de la nature et des quantités d'échantillons prélevés ainsi que la valeur déclarée.

En cas de prélèvement en cours de route, la personne assurant le transport reçoit, pour sa décharge, un récépissé indiquant la nature et la quantité de marchandises prélevées.

**Article 11 :** Lorsqu'on raison de la qualité ou de la quantité d'un produit ou d'une préparation la division en quatre (4) échantillons est impossible, l'agent qui effectue le prélèvement place sous scellés, en un échantillon unique, la totalité du produit ou de la préparation. L'échantillon cité à l'alinéa ci-dessus ainsi que le procès-verbal sont adressés, sans délai, au procureur de la République par le directeur de la santé territorialement compétent

#### CHAPITRE IV

#### ANALYSE DES ECHANTILLONS PRELEVES ET SUITES ADMINISTRATIVES

**Article 12 :** L'analyse de l'échantillon prélevé est confiée au laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques. Les analyses sont à la fois d'ordre qualitatif et quantitatif. L'examen comprend notamment des recherches organoleptiques, physiques, chimiques, microbiologiques ou autres susceptibles de fournir des indications sur la pureté du produit, son identité, sa composition et sa conformité.

**Article 13 :** Les résultats de ces analyses sont consignés dans un rapport. Ce rapport est adressé au ministre chargé de la santé, au wali et au directeur chargé de la santé de la wilaya d'où provient l'échantillon.

**Article 14 :** Si le rapport conclut à la conformité de l'échantillon, l'intéressé en est avisé sans délai, la décharge prévue à l'article 10 ci-dessus peut être présentée à l'administration fiscale en vue d'un dégrèvement.

**Article 15 :** Dans le cas où les résultats de l'analyse effectuée par le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques concluent à une non-conformité du produit, ils sont transmis, accompagnés du procès-verbal de prélèvement et des échantillons, par le directeur chargé de la santé, au procureur de la République territorialement compétent

Le (les) président (s) du (des) bureau (x) du (des) conseil (s) de déontologie médicale concerné (s) en est (sont) informé (s).

**Article 16 :** Chaque année, dans le cadre de l'évaluation de l'activité d'inspection de la pharmacie, le directeur général du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques adresse au ministre chargé de la santé un rapport sur le nombre d'échantillons analysés et les résultats de leur analyse.

**Article 17 :** Dans le cas de flagrant délit de falsification, de fraude ou de mise en vente de produits corrompus, le pharmacien inspecteur est tenu d'en faire la constatation immédiate en dressant un procès-verbal, conforme au modèle joint en annexe 4 du présent décret, dans lequel il consigne, outre les mentions prévues à l'article 7 ci-dessus, toutes circonstances de nature à établir devant l'autorité judiciaire la valeur des constatations faites.

En outre, le pharmacien inspecteur peut prendre toute mesure conservatoire utile. Il peut notamment laisser les produits corrompus placés sous scellés en dépôt à l'intéressé, le cas échéant. Un procès-verbal est dressé par le pharmacien inspecteur et transmis, dans les vingt quatre (24) heures par le directeur chargé de la santé territorialement compétent au procureur de la République.

#### CHAPITRE V

#### DISPOSITIONS FINALES

**Article 18 :** Les modalités d'application du présent décret seront déterminées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 19 :** Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 8 Rabie El Aouel 1421 correspondant au 11 juin 2000.

Ahmed BENBITOUR.

## MODELE DU PROCES-VERBAL DE PRELEVEMENT

<p><b>WILAYA DE.....</b>  <b>Inspection de la pharmacie</b>  <b>N° :.....</b>  <b>(N° d'enregistrement du service administratif)</b></p> <p>Procès verbal du.....  Prélèvement de.....  Fait sous le n°.....  Chez M.....  à.....</p>	<p align="center"><b>REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE</b></p>
<p>« 0 » Nom, prénoms, qualité et résidence du pharmacien inspecteur</p> <p>« 1 » Exposées, mis en vente, vendues ou détenues et indiquer le lieu</p> <p>« 2 » Nom, prénoms, profession, domicile ou résidence de la personne chez laquelle le prélèvement est opéré ; si ce dernier est fait en cours de route, indiquer l'endroit ou il a lieu, les noms et adresses des personnes figurant sur les lettres de voitures ou connaissements comme expéditeur et destinataire.</p> <p>« 3 » Mis en vente, vendu.</p> <p>« 4 » Indiquer très exactement la dénomination sous laquelle le produit est mis en vente.</p> <p>« 5 » Nature des conditionnements et emballages.</p> <p>« 6 » Etiquettes et marques, prix.</p> <p>« 7 » Mentionner, s'il y a lieu, les affiches, tableaux, avis aux utilisateurs placés dans l'établissement.</p> <p>« 8 » 1 litre, 0,5 litre etc.... ou 1 boîte, ou le poids pour les marchandises en vrac.</p>	<p align="center"><b>Procès – verbal de prélèvement d'échantillons</b></p> <p>L'an deux mille....., et le.....du  mois.....à.....heure.....du.....</p> <p>nous soussigné « 0 ».....  dûment commissionné, en procédant à la visite des marchandises « 1 »  .....  par « 2 » .....  avons prélevé quatre échantillons identiques d'un produit  « 3 ».....  .....  renfermé dans « 5 ».....  portant « 6 ».....</p> <p>Ce prélèvement, opéré dans les conditions prévues par le décret exécutif n° 2000-129 du 8 Rabie El Aouel 1421 correspondant au 11 juin 2000, fixant les conditions et les modalités d'exercice de la pharmacie.  Aa été divisé en quatre échantillon « 8 ».....renfermé dans  .....que nous avons cachetés et scellés avec étiquettes indicatives portant les  indications et numéros ci-dessus relatés.  Conformément aux dispositions de l'article 7 du décret exécutif 2000-129 du 8 Rabie El  Aouel 1421 correspondant au 11 juin 2000, suvisé.  nous avons offert de laisser l'un des échantillons entre les mains de  M.....  .....  qui en a « 1 » ..... Le dépôt.  M.....</p> <p>interpellé sur nature, la composition et l'origine des marchandises sur lesquelles le  prélèvement a été opéré, et sur la valeur des échantillons prélevés, nous a déclaré :  .....  M.....nous a dit n'avoir aucune déclaration à ajouter à ce  qui précède, et a « 1 » .....de signer avec nous, après lecture, le présent  procès-verbal qui sera transmis à Monsieur le directeur général du laboratoire national de  contrôle des produits pharmaceutiques..</p> <p>Nous avons délivré à l'intéressé un bon de remboursement  de.....DA montant de la valeur déclarée par lui des  échantillons portant le N°</p> <p align="center">Signature de l'intéressé  procès-verbal</p> <p align="right">Signature de l'auteur du</p> <p>« 1 » accepté ou refusé</p>

ANNEXE 2  
« ETIQUETTE D'IDENTIFICATION »

---

---

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

---

WILAYA :

---

Denomination .....  
sous laquelle le produit .....  
est détenu en vue de la vente .....  
mis en vente ou vendu .....

Date du prélèvement : .....  
à (heure et lieu du prélèvement) : .....  
N° d'inscription du service .....  
administratif : .....  
N° d'ordre de l'auteur du procès-verbal : .....

---

INSPECTION DE LA PHARMACIE

---

N° d'inscription du service .....  
Administration .....  
Nom et adresse du propriétaire .....  
ou détenteur de la marchandise .....

de l'intéressé,

Signatures :  
de l'auteur du procès-verbal

N° d'ordre de l'auteur du procès-verbal : .....

**ANNEXE 3**  
**« SERVICE DE PRELEVEMENT »**

**WILAYA :**

**SERVICE DES PRELEVEMENTS D'ECHANTILLONS**

Loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé et décret exécutif n° 2000-129 du 8 Rabie El Aouel 1421 correspondant au 11 juin 2000 fixant les conditions et les modalités d'exercice de l'inspection de la pharmacie.

N° du bon : .....

Prélevé quatre échantillon de : .....

Chez : .....

Valeur globale déclarée : .....DA

A....., le.....2000

Signature de l'agent du prélèvement

**N.B – le remboursement de la valeur des échantillons sera effectué par l'administration fiscale à laquelle l'intéressé remettra : 1° le présent récépissé ; 2° la lettre du directeur de la santé et de la population de la wilaya l'informant que l'analyse du produit n'a révélé aucune infraction à la loi.**

ANNEXE 4  
" PROCES-VERBAL DE DELIT "

<p>WILAYA DE.....</p> <p>Inspection de la pharmacie Procès-verbal du..... Dressé contre: M..... à..... Sous le N°.....</p>	<p style="text-align: center;"><b>REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Procès-verbal de délit</b></p> <p>L'an deux mille....., et le..... du mois..... à..... heure nous soussigné ..... dûment commissionné, en procédant..... ..... Avons constaté..... ..... attendu le délit commis par M..... ..... à..... article(1)..... .....</p> <p>avons rédigé le présent procès-verbal pour être transmis à Monsieur le procureur de la République de....., copie à Monsieur le wali (direction de la santé) et avons signé :</p> <p style="text-align: center;"><b>Signature de l'auteur du procès-verbal</b></p> <p>« I » citer les textes invoqués</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Direction de la pharmacie et du médicament

**FORMULAIRE D'INSPECTION DES ETABLISSEMENTS DE PRODUCT  
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES**

Experts en charge du dossier :  
Noms et prénoms

Adresse complète de l'établissement

Lieu de fabrication

Pays

Inspection effectuée le :

Signature

DOSSIER ETAT DES LIEUX

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE

**1-1. Généralité :**

Nom du pharmacien directeur technique : .....  
Nom de la société : .....  
Adresse du siège social : .....  
Le siège social est-il un établissement pharmaceutique ? OUI

NON

**1-2. Dénombrement des sites ou établissements où se déroulent les opérations pharmaceutiques :**

**Pour chacun indiquer :**

- N° de téléphone, en période ouvrable et en période de fermeture (nuit, jours fériés), télécopie et télex ;  
    N° de téléphone.....  
    Période d'ouverture.....  
    Période de fermeture.....  
    Télécopie.....  
    Télex .....

- N° et date d'autorisation d'ouverture :  
    N° d'autorisation.....  
    Date d'ouverture effective : .....

- Nature des fabrications autorisées.....  
Etablir une fiche N°2 par établissement

**1-3. (Facultatif) Nombre des sites ou établissements non pharmaceutiques**

Etablir une fiche N° 3 par établissement

**1-4. Renseignements administratifs :**

**1-4-1. Personnel pharmaceutique dans l'organigramme**

Nombre du personnel : .....

**1-4-1-1. Identification du pharmacien directeur technique :**

Section d'inscription et n° d'enregistrement au ministère de la santé et de la population : .....  
Mandat social de ce pharmacien : .....  
Nom du pharmacien directeur technique : .....  
Adresse où il exerce : .....  
Section d'inscription : .....  
N° d'enregistrement au ministère de la santé et de la population .....

**1-4-1-2. Identification du remplaçant du pharmacien directeur technique nom et adresse où il exerce)**

Section d'inscription au tableau de l'ordre et numéro d'enregistrement au ministère de la santé et de la population :  
Fonction : .....  
Nom du remplaçant du pharmacien directeur technique : .....  
Adresse : ..... Section  
d'inscription au tableau de l'ordre et n° d'enregistrement : .....

1-4-1-3. N° de téléphone où l'on peut joindre le pharmacien directeur technique ou son remplaçant : .....

1-4-1-4. Mêmes renseignements pour les autres pharmaciens remplaçants éventuels : .....

1-4-1-5. Noms, n° d'inscription à l'ordre et section des pharmaciens assistants autres que ceux répertoriés dans les établissements en 2-2-2-3.

Noms des pharmaciens assistants : .....

N° d'inscription à l'ordre : .....

N) d'enregistrement au ministère de la santé et de la population : .....

1-4-2. Noms des personnes autorisées à détenir et manipuler des stupéfiants autres que celles autorisées dans les établissements en 2-2-2-5.

**Activités de l'entreprise :**

Médicaments à usage humain, vétérinaire : .....  
Cosmétologie, hygiène, autres : .....  
Allopathie, hémopathie : .....  
- dépositaire, grosiste-répartiteur, exportateur : .....  
- distributeur de MMC (matériel médico-chirurgical) : .....

1-4-3. Formes juridiques de l'entreprise :  
1-4-4. (facultatif) Montant du capital social, principaux actionnaires :  
1-4-5. Appartenance à un groupe OUI

NON

1-4-7. Liens avec d'autres sociétés (commerciales, contrats de location, exploitation de licence, etc.)



ANNEXE 6  
ENTREPRISE COMMERCIALE

2- FICHE NUMERO 2

**RENSEIGNEMENT CONCERNANT LES ETABLISSEMENTS A ACTIVITES PHARMACEUTIQUES**

(Etablir une fiche par établissement)

Dans le cas où le siège est confondu avec un établissement administrativement et géographiquement sur un même site, renvoyer éventuellement à « ENTREPRISE » pour les rubriques identiques

2-1 Généralités :

2-1-1. Nom et adresse de l'établissement, n° de télécopie

Nom de l'établissement : .....  
Adresse : .....  
Numéro de téléphone : .....  
Numéro de télécopie : .....

2-1-2. Brève description du site (taille, situation et environnement immédiat) nombre de bâtiments du site et affectation de ceux où se déroulent les opérations pharmaceutiques :

Description du site : .....  
Taille : .....  
Situation : .....  
Environnement : .....

2-1-3. (facultatif) Nombre de bâtiments non pharmaceutiques et leur affectation

Nombre : .....

2-2. Renseignement administratifs :

2-2-1. Nom et adresse de l'entreprise à laquelle il appartient :

Nom de l'entreprise : .....  
Adresse : .....

2-2-2. N° d'arrêté et date d'autorisation d'ouverture : .....

Numéro d'autorisation : .....

Numéro d'arrêté : .....

Date réelle d'ouverture : .....

Activité de l'établissement : .....

2-2-3. personnel pharmaceutique de l'établissement :

.....  
.....  
.....

2-2-3-1. Nom du pharmacien assurant la direction pharmaceutique de l'établissement, n° d'inscription à l'ordre, section, position hiérarchique et n° de téléphone) :

N° d'enregistrement au ministère de la santé et de la population : .....

Délégation du pharmacien responsable de l'entreprise : .....

Nom du pharmacien responsable de l'entreprise : .....

Nom du pharmacien : .....

Numéro d'inscription à l'ordre : .....

Numéro de téléphone : .....

Section : .....

2-2-3-2. Nom et n° d'inscription à l'ordre des pharmaciens assistants et leur affectation et n° d'enregistrement au ministère de la santé et de la population :

.....

(S'ils ne sont pas affectés à des opérateurs pharmaceutiques mais inscrits, mettre en réserve)

2-2-3-4. Autorisations diverses et dates d'obtention (radioéléments, vétérinaires, cosmétologie, O.M.C) :

.....

Nom de la personne compétente correspondante, en tant que de besoin :

2-2-3-5. Noms des pharmaciens autorisés à détenir et manipuler les stupéfiants, dates d'autorisation et nom du stupéfiants :

.....

2-2-3-6. Organigrammes : montrer les dispositions pour l'assurance de la qualité incluant la production et le contrôle de la qualité.

Encadrer ou souligner les postes occupés par des pharmaciens et les personnes qualifiés.

2-2-3-7. Nombre de personnes employées en production, contrôle de la qualité, stockage et distribution.

2-2-3-8. Qualifications, expérience et responsabilité du personnel clé :

**2-3 RENSEIGNEMENT SUPPLEMENTAIRES**

2-3-1. Formation initiale et continue du personnel  
Programmes, suivi et validation des formations

2-3-2. Exigence de santé pour le personnel employé en fabrication :

2-3-3. Règles d'hygiène du personnel : descriptif des tenues en fonction des catégories de locaux :

2-3-4. Brève description du système de gestion de la qualité de la firme responsable de la fabrication :

**2.4. RENSEIGNEMENT TECHNIQUES**

2-4-1. activités :

2-4-1-1. Spécialités pharmaceutique  
préparation complète

(décision d'enregistrement de la société ) OUI

NON

\* Numéro de la décision d'enregistrement ou d'A.M.M.

\* qualités produits par an (en unités, en volume ou en poids) :

.....

.....

.....

\* appartenance à une liste de substances vénéneuses :

OUI

NON

\* préparation partielle (décision d'enregistrement A.M.M.de la société) :

OUI

NON

\* fabrication seulement (totale ou partielle

OUI

NON

\* conditionnement seulement (total ou partiel) :

OUI

NON

\* contrôle seulement (total ou partiel) :

OUI

NON

\* autres lieux possibles de fabrication de la spécialité tels que mentionnés dans le dossier d'enregistrement ou d'A.M.M.

Activité pour le compte de tiers (décision d'enregistrement ou A.M.M appartenant à des tiers) : OUI NON

\* par forme pharmaceutique :

\* quantités produits par an (en unités, en volume ou en poids)  
(mêmes unités d'une année à l'autre )

quantités annuelles : .....

Tableau récapitulatif :

Titulaire de décision d'enregistrement ou d'A.M.M

Fabrication

Conditionnement

Contrôle

Commercialisation

2-4-1-2. Spécialités destinées à l'exportation

(formules pour l'exportation, ne bénéficiant pas d'une autorisation pour le territoire national : à préciser

Spécialités :

Préparation pour le compte d'un autre établissement de la même société :

OUI

NON

Préparation pour le compte de tiers : OUI

NON

**Tableau récapitulatif**

Titulaire de décision d'enregistrement ou A.M.M.

Fabrication

Conditionnement

Contrôle

Commercialisation

N° d'enregistrement

Imprimés et documents administratifs

2-4-1-2. bis Produits à risques

parmi les produits fabriqués sur le site ( voir liste en annexe ) , indiquer qui sont particulièrement toxique ou très actifs . Préciser également les précautions prises (installations spécifiques, travail par campagne, etc.)

Noms des produits

.....

Précautions prises :

.....

2-4-1-3. Autres activités

Préciser si l'activité est exécutée pour le compte de tiers :

OUI

NON

Produits à usage vétérinaire et prémélanges médicamenteux

.....

\* dispositifs médicaux actifs , non actifs ( objets de pansement , matériel médico-chirurgical sous présentations stérile , articles et produits pour chirurgie dentaire , etc...)

\* insecticides et acaricides : .....

\* produits pour lentilles de contact : .....

\* réactifs de laboratoire : .....

\* cosmétologie – hygiène : .....

\* diététique et autres : .....

\* division de substances ( chimiques , galéniques ) et de plantes médicinales , fabrication d'extraits végétaux (même non pharmaceutiques).....

\* allogène préparé pour un seul individu : .....

\* radioéléments : .....

\* produits officinaux divisés : .....

\* produits ou objets contraceptifs : .....

\* autres : .....

2-4-1-4. Spécialités ayant une décision d'enregistrement ou A.M.M. et non encore exploitées :

OUI  NON   
2-4-1-5. P  dont l'exploitation est définitivement arrêtée :

\* décision d'enregistrement ou d'A.M.M. abandonnée (pour une forme, un dosage ou pour toutes formes et tous dosages)

Noter :

La date de la dernière fabrication : .....

Le numéro du dernier lot fabriqué : .....

2-4-1-6. Production cédée à une autre société du même groupe ou non :

OUI  NON   
Produits semi-œuvrés : OUI  NON

Adresse : .....

Produits finis : OUI  NON

Destinataire : .....

2-4-1-7. Production acquise auprès d'une autre société du même groupe ou non :

Produits semi-œuvrés : OUI  NON   
Produits finis : OUI  NON

2-4-1-8. Contrôle :

\* Au niveau du site décrit :

\* total :

.....

\* partiel (indiquer les types de contrôle extérieur) :

.....

\* par des laboratoires de contrôle extérieurs :

l'établissement :

\* appartenant à

l'établissement :

\* étrangères à

.....

\* animaleries :

.....

\* animaux utilisés (lapins, rats, souris, cobayes, grenouilles.) et adaptation des locaux à la qualité et à la quantité :

.....

\* types d'analyses effectuées (pyrogènes, etc.) :

.....

• autorisation du laboratoire :

.....

\* autorisation nominative :

si l'animalerie dépend d'un laboratoire de recherche de la société , mais indépendant de l'établissement lui-même

.....-4-1-9.

Laboratoire de mise au point galénique et de développement :

Noter

\* sa présence éventuelle : OUI

NON

\* le nom du responsable : .....

\* sa localisation sur le site : .....

\* son importance : .....

\* ses relations avec le pharmacien directeur technique et le laboratoire de contrôle : .....

\* le produit en cours d'essais cliniques : .....

2-4-1-10. Production

Brève description des opérations de production en utilisant, partout ou c'est possible, des graphiques et des tableaux spécifiant des paramètres importants (voir, en annexe, la liste des produits fabriqués).

#### 2-4-1. LOCAUX ET MATERIEL

##### 2-4-2-1. Les plans

\* plan de situation

Dans la commune (noter l'orientation Nord – Sud)

\* plan de masse de l'usine réduit au format 21 x 29,7 ou 3 fois ce format



\* les grandes divisions

\* les locaux annexes (stockage extérieur, stockage « inflammable », entretien, chaufferie, ateliers, gardien, animaleries,

laboratoires de recherche, etc..).

\* les locaux administratifs

Noter par flèche les accès :

\* personnel administratif

\* personnel de production

\* visiteurs

\* quais de réception et d'expédition

N.B : utiliser la même signalisation alphanumérique (lettre + chiffres) des bâtiments et ateliers pour les différents plans de masse et détaillés.

Plans détaillés format 21 x 29,5 ou id x 2 ou 3.

Un plan de bâtiment, s'il est un seul niveau

Un plan par étage

Souvent un plan par atelier est nécessaire, en particulier pour les locaux de fabrication en atmosphère contrôlée ou très spécialisée.

##### 2-4-2-2. descriptif des locaux par forme pharmaceutique

cas simple : une seule et un petit nombre de salles.

Enumérer les quelques locaux avec leurs caractéristiques (superficie, sol, plafonds, particularités).

Plusieurs formes pharmaceutiques.

Tableaux synthétiques des locaux avec référence aux plans.

Noter :

\* fonction et superficie des diverses salles

\* nature des sols, murs, plafonds, chauffages, ventilation, éclairage

\* indications particulières : stériles, surpression, dépression, hygromètre, etc..).

\* fabrication dans les mêmes locaux d'autres produits (cosmétiques, etc..).

\* zone d'atmosphère contrôlée

\* donner les détails caractéristiques de climatisation et d'hygrométrie

\* définir les classes d'empoussièrage selon les normes (AFNOR)

Noter les précisions sur les filtres, les postes de flux laminaires, les caractéristiques de production et de traitement de l'air, les moyens de vérification des données et le nombre de postes de travail.

Décrire les locaux annexes : sas, aires de stockage, tunnels d'arrivée ou de sortie.

Centrale de traitement de l'air.

Décrire avec un plan, les circuits, le nombre de renouvellements horaires, les types de filtration, le mode de traitement en humidité.

Décrire la maintenance.

Vestiaires et sanitaires :

\* nombre et emplacement

\* qualité des installations

Locaux particuliers de stockage :

\* chambres froides

\* chambres fortes : par mesure de sécurité ne pas les situer sur les plans fournis

\* autres locaux éventuels

exemple ceux réservés aux unités centrales des systèmes informatiques

##### 2-4-2-3. Plans de circulation

Fléchage avec code de couleur

Rouge : matière première « MP » et articles de conditionnement « AC »

Marron et orange : produits semi-couvrés « PSO »

Vert : produit fini « PF »

Bleu pour produits stériles

Utiliser le trait en pointillé pour exprimer la notion de « non » : non –contrôle, non-stérile, non-utilisable

##### 2-4-2-4. Procédures générales d'entretien

Circuit des déchets

Entretien général

Maintenance des locaux et des installations : description des programmes de maintenance préventive et du système d'enregistrement.  
2-4-2-5. Précaution contre les risques de contamination et de confusion

Risque de contaminations croisées (procédure et moyens)

- \* noter les précautions essentielles, prises au niveau par exemple
- \* du prélèvement : nettoyage du matériel, local réservé
- \* du stockage : conteneurs réservés, étiquetage
- \* de la pesée
- \* de la fabrication : en continu, par campagnes, en box, rejets et résidus recyclés, etc.
- \* zones spécifiques pour la manipulation des produits hautement toxiques, dangereux et sensibilisants
- \* dispositions pour les manipulations des matières premières, des articles de conditionnement, des produits en vrac et finis en incluant l'échantillonnage, la quarantaine, la libération et le stockage.

Risques de confusion et d'erreur :

Noter les précautions essentielles prises, par exemple :

- \* consignes d'étiquetage
- \* manières modernes de pesée à enregistrement
- \* vérification permanente du stock et suivi du nombre de contenants
- \* absence de magasins, d'ateliers
- \* contrôle de vide de chaîne et de tous les éléments de conditionnement
- \* documents différents pour activités annexes (telles que cosmétiques, vétérinaires)
- \* circuits et zone réservés au stockage des déchets et produits refusés

Produits posant des problèmes de contamination

Exemple : hormones, anticancéreux, bêta-lactamines, cardio-vasculaire

(Préciser D.C.I et classe thérapeutique)

Risque de contamination du personnel ou de l'environnement :

Noter les précautions prises :

- \* au niveau du stockage des matières premières
- \* au niveau des ateliers : filtration d'air, tenues du personnel, stockage propre au petit matériel
- \* au niveau des locaux stériles : fréquences, densité, moyens de contrôle et rigueur des procédures
- \* observation des procédures d'hygiène

2-4-2-6. Description du matériel

Lister ce matériel en tableau par atelier avec :

- éventuellement un descriptif sommaire (portée, type de balance, liaison par balance, canalisation par filtre, chaîne intégrée, isolée)

- \* l'année d'acquisition ou de fabrication
- \* la capacité réelle horaire et journalière
- \* les indications pour observation particulière (vétusté, inadaptation)
- \* la maintenance (description des programmes de maintenance préventive et système d'enregistrement)
- \* la qualification et la calibration, en incluant les systèmes d'enregistrement pour le traitement de l'eau.

- Plan du circuit intégral avec schéma du procédé de traitement.

- Noter les instruments de monitoring et leur position sur le circuit, la nature, le type d'écoulement (laminaire ou turbulent) , la date de dernière validation.

\* Noter avec précision les instruments de contrôle, le protocole de validation et la date de dernière validation.

Pour le matériel de conditionnement

Présenter :

- \* soit en suivant l'organisation en lignes de conditionnement avec la capacité réelle de la ligne,
- \* soit par liste de matériel pour chaque atelier.

Préciser si les chaînes sont automatiques, semi-automatiques ou manuelles.

Salles de pesées.

- \* Noter la date du dernier contrôle officiel des balances et l'affectation du matériel.
- \* Matériel et logiciel informatiques (intervenant dans la qualité de fabrication et du contrôle).
- \* liste des opérations informatisées.
- \* schéma général d'implantation d'après les plans en 2-4-2-1.
- \* liste des caractéristiques principales des unités centrales, périphériques, automates : connexions (sur le site et hors site).
- \* progiciels et logiciels (listes, origines)

2-4-2-7. Nettoyage

Disponibilité des spécifications et des procédures écrites pour le nettoyage des locaux de fabrication et du matériel.

2-4-2-8. Validation

Brève description de la politique générale pour la validation des procédés.

Dispositions pour la validation des systèmes informatisés.

2-4-3. Organisation du contrôle de la qualité

- \* organisation du contrôle de la qualité
- \* nom du ou (des) responsable (s)
- \* étendue de ses prérogatives.
- \* locaux, matériel et personnel éventuellement
- \* Conservation des dossiers de lots
- \* Procédure pour la libération des produits finis

2-4-3-1. Laboratoires de contrôle

Les prélèvements

- \* personnel préleveur et de qui il dépend
- \* locaux de prélèvement
- \* matériel et son importance
- \* normes de prélèvement, nombre pour les matières premières, les produits semi-finis, les produits finis

- \* émission des étiquettes (principes)
  - \* enregistrement
  - \* contrôle physico-chimique,
  - \* personnel et qualification
  - \* locaux avec plans en annexe
  - \* matériel
  - \* Localiser par salle les gros équipements avec liste et types de ces matériels (spectro, chromatographie)
  - nombre et type de balances (noter la date de leur dernier contrôle)
  - \* lister le matériel moyen (potentiomètre, PH-mètre, évaluer la suffisance du petit matériel) paillasse : nombre ou linéaire.
  - \* contrôle microbiologique
  - \* personnel et qualification
  - \* locaux : signaler les salles en atmosphère contrôlée, les postes à flux laminaire.
  - \* matériel : en particulier étuves, matériel de stérilisation, réfrigérateurs, congélateurs, enceintes à atmosphère confinée.
  - \* type de contrôle
  - toxicologie, pharmacodynamique.
  - \* personnel et qualification.
  - \* locaux et animaux
  - \* matériel
  - \* principaux tests effectués
  - \* registre : listes.
  - contrôle des articles de conditionnement
  - \* personnel et nom du responsable
  - \* locaux et matériel
  - \* principaux contrôles effectués
- 2-4-3-2. Echantillonnage
- \* Echantillonnage (s) pour matières premières, produits semi-ouvrés (éventuellement) et produit finis.
  - \* leur emplacement et la capacité de stockage.
  - \* les conditions de conservation et durée
  - \* quantités conservées.
  - \* modèle vente ou unité reconstituée.
- 2-4-4 Documentation
- 2-4-4-1. Dispositions pour la préparation, la révision et la distribution de la documentation et de la documentation nécessaire pour la production.
- 2-4-4-2. Toute autre documentation relative à la qualité qui n'est pas mentionnée ailleurs (par exemple, les contrôles microbiologique de l'air et de l'eau).
- 2-4-5. Contrat de fabrication et d'analyse  
Description de la façon dont le degré de conformité aux bonnes pratiques de la fabrication du sous-traitant est évalué.
- 2-4-6. distribution, réclamation et rappel de produits
- 2-4-6-1. dispositions et systèmes d'enregistrement pour la distribution
- 2-4-6-2. disposition pour le traitement des réclamations et des rappels de produits
- 2-4-7. Auto-inspection  
brève description du système d'auto inspection

## CONCLUSIONS

**Signature des experts :**

**DESTINATAIRES : Messieurs les producteurs et importateurs de produits pharmaceutiques**

Depuis deux années, plusieurs mesures d'encouragement à la fabrication et à la commercialisation des médicaments génériques ont été prises. Parmi celles-ci, la mise en place du tarif de référence et l'exonération des droits et taxes sur les intrants.

Depuis, le constat dressé par mes services laisse apparaître que les mesures liées au tarif de référence, notamment son inscription sur les vignettes des médicaments remboursables n'est pas appliqué par tous les importateurs et ce, en contradiction avec les dispositions de l'arrêté interministériel du 04 février 1996, fixant les conditions et modalités de présentation et d'apposition des vignettes sur les produits pharmaceutiques.

Par ailleurs, l'exonération des droits et taxes sur les intrants devait permettre, outre la promotion du produit national, une diminution conséquente du prix des médicaments de production nationale. Or, à ce jour, le constat dressé n'a fait apparaître aucune diminution corrélative du prix des médicaments.

Concernant la commercialisation des médicaments génériques, les parts de marché détenues par cette catégorie de produits demeurent insuffisantes au niveau de leur consommation, eu égard aux efforts déployés pour la promotion et la généralisation du médicament générique.

Aussi, à la veille du dépôt des programmes prévisionnels d'importation des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine pour l'année 2004, je porte à votre connaissance les nouvelles dispositions prises à l'égard de la généralisation du médicament générique.

**1- Concernant l'enregistrement des médicaments**

Sont enregistrés pour l'importation les médicaments génériques.

Sont enregistrés pour l'importation les médicaments dits « princeps » ou de « marque » lorsque :

- a) Il n'existe pas de médicament générique déjà enregistré,
- b) Lorsque le surcoût du médicament dit « princeps » ou de « marque » n'excède pas 25% du tarif de référence publié au journal officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire pour la Dénomination Commune Internationale correspondante.

**2- Concernant l'importation des médicaments**

En accord avec les producteurs nationaux, lesquels se sont engagés à satisfaire le marché national en médicaments de production locale,

- a) Ne seront plus importés les médicaments fabriqués localement lorsque la production nationale satisfait aux besoins du marché local.

La liste des produits locaux permettant la satisfaction du marché national sera mise à la disposition des producteurs et importateurs.

**3- Concernant la production nationale**

- a) En vue de faciliter la formulation et la fabrication de tous les produits dits « princeps » ou de « marque » actuellement importés et non fabriqués localement, les producteurs locaux désireux de les

formuler et/ou de les fabriquer sous la forme de médicaments génériques bénéficieront de l'assistance et des facilitations des services du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Ces assistance et facilitations concernent la priorité à l'enregistrement, l'accélération des délais d'enregistrement et de validation des procédés de fabrication.

**4- Concernant le conditionnement, l'étiquetage, le vignettage et l'apposition du tarif de référence**

En vertu des dispositions de l'arrêté interministériel du 04 février 1996, fixant les conditions et modalités de présentation et d'apposition des vignettes sur les produits pharmaceutiques, il est rappelé aux producteurs et importateurs de médicaments qu'ils sont mis dans l'obligation d'apposer le tarif de référence pour le remboursement des médicaments.

Le non respect de ces dispositions réglementaires entraînera l'application des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

**5- Concernant la commercialisation des produits pharmaceutiques**

Des pratiques illicites, portant atteinte aux principes de la libre concurrence édictés par l'ordonnance N°03-03 du 19 juillet 2003, ont été constatées par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Le constat dressé relève des pratiques de vente concomitante, de vente sans facturation et de ventes promotionnelles de médicaments et produits pharmaceutiques.

L'attention des producteurs, importateurs et distributeurs des produits pharmaceutiques est attirée sur ces dépassements et sur les sanctions que le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière devra prendre à l'égard des opérateurs économiques contrevenant aux dispositions de l'ordonnance N° 03-03 du 19 juillet 2003.

**6- Mise en application**

Hormis les points 4 et 5 dont l'application est immédiate, il est donné un délai d'application de la présente instruction au 01 janvier 2004.



**Arrêté du 12 juin 1993 fixant les conditions de qualification du pharmacien directeur technique d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques.**

Le ministre de la Santé et de la Population,

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, modifiée et complétée ;

Vu le décret exécutif n° 90-124 du 30 avril 1990, fixant les attributions du ministre de la santé ;

Vu le décret exécutif n° 92-276 du 6 juillet 1992, relatif au code de déontologie médicale ;

Vu le décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992, relatif à l'autorisation d'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques, modifiée et complétée - ;

Vu le décret exécutif n° 93-114 du 12 mai 1993 notamment son article 6 :

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 6 du décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992 susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer les conditions de qualifications et d'expérience professionnelle du pharmacien directeur technique d'un établissement de production et de distribution de produits pharmaceutiques.

**Article 2** : Le pharmacien directeur technique d'un établissement de production des produits pharmaceutiques doit justifier outre de son inscription à la section ordinale des pharmaciens du conseil national de la déontologie :

a) soit d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en pharmacie industrielle,

b) soit du diplôme de pharmacien et d'une expérience pratique de deux (2) années, au moins, dans un établissement de production pharmaceutique.

**Article 3** : Le pharmacien directeur technique d'un établissement de distribution de produits pharmaceutiques doit justifier, outre de son inscription au tableau de l'Ordre, du diplôme d'état de pharmacien.

**Article 4** : Pour les unités industrielles de production impliquant l'emploi de technologie complexe et d'un niveau d'organisation et de gestion adapté, il peut être exigé pharmacien directeur technique, de fournir les justifications d'une formation spécialisée dans les technologies prévues et/ ou d'une expérience professionnelle suffisante dans les unités similaires à celle pour laquelle il est demandé une autorisation d'exploitation.

**Article 5** : Lorsque l'activité de l'établissement pharmaceutique le requiert, le pharmacien directeur technique est assisté dans sa tâche par des pharmaciens assistants, responsables notamment de la production et du contrôle de la qualité.

**Article 6** : Le pharmacien directeur technique ainsi que les pharmaciens assistants exercent leurs activités à plein temps.

**Article 7** : - Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 12 juin 1993

**Mohamed Seghir BABES**

# Arrêté du 12 juin 1993 fixant la composition et les conditions de fonctionnement de la commission centrale d'agrément d'établissements de production de produits pharmaceutiques.

Le ministre de la Santé et de la Population,

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;

Vu le décret exécutif n° 90-124 du 30 avril 1990 fixant les attributions du ministre de la santé ;

Vu le décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992 relatif à l'autorisation

d'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques, modifié et complété par le décret exécutif n° 93-114 du 12 mai 1993 ;

## Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 2 du décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992 susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer la composition et le fonctionnement de la commission centrale d'agrément d'établissement de production de produits pharmaceutiques, créée auprès du ministre chargé de la santé.

**Article 2** : La commission prévue à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus ci-après désignée "la commission centrale" est composée :

- du représentant du ministre chargé de la santé, président,
- du représentant du ministre chargé des finances,
- du représentant du ministre chargé de l'industrie,
- du représentant du ministre chargé du commerce,
- du représentant du ministre chargé de la PME/PMI,
- du représentant du délégué à la planification,
- du président de la commission nationale de la nomenclature des médicaments,
- du directeur chargé de la pharmacie auprès l'administration centrale du ministère de la santé,
- de quatre (04) experts en industrie pharmaceutique désignés par le ministre chargé de la santé.

La commission peut également faire appel à toute personne qualifiée en raison de ses compétences ou ses fonction et demander tout renseignement ou document à des personnes physiques ou morales pour l'éclairer dans ses tâches.

**Article 3** : Le secrétariat de la commission centrale est assuré par la direction centrale chargée de la pharmacie au ministère de la santé.

Le secrétariat est en outre chargé de la tenue des documents relatifs aux travaux de la commission centrale ainsi que du suivi des dossiers des établissements agréés, notamment pour ce qui concerne :

- le remplacement provisoire ou définitif du pharmacien directeur technique,
- les modifications apportées aux établissements agréés (nature de l'activité, extension de formes pharmaceutiques produites),
- les modifications du statut de l'établissement.

**Article 4** : Le dossier prévu à l'article 12 du décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992 susvisé est déposé auprès du secrétariat de la commission centrale contre remise d'un récépissé.

**Article 5** : La commission centrale doit statuer dans un délai de trois (3) mois à compter de la saisine.

**Article 6** : La commission centrale se réunit sur convocation de son président autant de fois que nécessaire.

**Article 7** : La commission centrale délibère à la majorité de ses membres.

**Article 8** : Les membres de la commission centrale sont tenus de veiller à la sauvegarde du secret de leurs travaux.

**Article 9** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 12 juin 1993

**Mohamed Seghir BABES**

**Arrêté du 6 Rabie El Aouel 1420 correspondant au 20 juin 1999 complétant l'arrêté du 12 juin 1993 fixant la composition et les conditions de fonctionnement de la commission centrale d'agrément d'établissements de production de produits pharmaceutiques.**

Le ministre de la Santé et de la Population,

Vu le décret présidentiel n° 98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu l'arrêté du 12 juin 1993 fixant la composition et les conditions de fonctionnement de la commission centrale d'agrément d'établissements de production de produits pharmaceutiques ;

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de compléter l'article 2 de l'arrêté du 12 juin 1993 fixant la composition et les conditions de fonctionnement de la commission centrale d'agrément d'établissements de production de produits pharmaceutiques.

**Article 2** : L'article 2 de l'arrêté du 12 juin 1993, susvisé, est complété comme suit :

« - du représentant de ministre chargé de l'agriculture ».

(Le reste sans changement).

**Article 3** : Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 Rabie El Aouel 1420 correspondant au 20 juin 1999

**Yahia GUIDOUM**

**Arrêté du 28 Rabie Ethani 1426 correspondant au 6 juin 2005 fixant le cahier des conditions techniques à l'importation des produits pharmaceutiques destinés à la médecine humaine.**

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;  
Vu l'ordonnance n° 95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995 relative aux assurances ;  
Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la concurrence ;  
Vu l'ordonnance n° 03-04 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative aux règles générales applicables aux opérations d'importation et d'exportation de marchandises ;  
Vu l'ordonnance n° 03-11 du 27 Joumada Ethania 1424 correspondant au 26 août 2003 relative à la monnaie et au crédit ;  
Vu la loi n° 04-18 du 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative à la prévention et à la répression de l'usage et du trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes ;  
Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1er mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n°92-284 du 6 juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine ;  
Vu le décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992, modifié et complété, relatif à l'autorisation d'exploitation d'un établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent arrêté a pour objet de fixer le cahier des conditions techniques à l'importation des produits pharmaceutiques destinés à la médecine humaine, conformément à l'annexe ci-jointe.

**Article 2 :** Toutes dispositions contraires au présent arrêté sont abrogées.

**Article 3 :** Le présent arrêté prend effet six (6) mois à compter de sa date de publication et sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 Rabie Ethani 1426 correspondant au 6 juin 2005.

**Amar TOU.**

ANNEXE  
**CAHIER DES CONDITIONS TECHNIQUES A L'IMPORTATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES DESTINES A LA  
MEDECINE HUMAINE**  
TITRE  
**CLAUSES GENERALES**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent cahier fixe les conditions techniques à l'importation des produits pharmaceutiques destinés à la médecine humaine définis aux articles 169 et 170 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé et ce, quel que soit le statut juridique de l'importateur.

**Article 2** : L'importateur s'engage à distribuer les produits pharmaceutiques qu'il importe exclusivement auprès de grossistes répartiteurs dûment autorisés, répartis sur l'ensemble du territoire national.

**Article 3** : L'importateur s'engage à :

- se conformer aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux clauses du présent cahier des conditions techniques,
- se procurer les produits pharmaceutiques uniquement auprès de laboratoires fabricants, ou de leur représentant. Ces laboratoires fabricants doivent être dûment autorisés dans leur pays d'origine par les autorités sanitaires compétentes et posséder des installations fonctionnant conformément aux règles de bonnes pratiques de fabrication,
- confier la responsabilité technique de l'activité d'importation à un pharmacien directeur technique,
- présenter le dossier requis, dont la liste des pièces et documents constitutifs, joint au présent arrêté.

**Article 4** : L'importateur est personnellement responsable de l'application des règles édictées dans l'intérêt de la santé publique et de la qualité des produits pharmaceutiques importés et mis sur le marché. Il doit faire procéder aux contrôles de conformité nécessaires auprès du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques avant la commercialisation aux grossistes répartiteurs, sans préjudice de la responsabilité du pharmacien directeur technique.

**Article 5** : Le prix de vente au public doit figurer sur la vignette apposée sur le conditionnement de tous les médicaments destinés à être commercialisés en officine. Les médicaments remboursables par la caisse de sécurité sociale doivent comporter une vignette auto-adhésive et détachable, apposée obligatoirement par l'importateur. Celle-ci doit comporter toutes les mentions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 6** : L'importateur demeure soumis aux contrôles, évaluations ou vérifications des conditions de réalisation des opérations et prestations fixées par le présent cahier des conditions techniques à l'importation, effectués par les services légalement habilités.

**Article 7** : L'importateur doit détenir pour chaque lot de produits pharmaceutiques importé un certificat de conformité délivré par le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

L'importateur doit se soumettre aux procédures de contrôle des produits pharmaceutiques importés telles que prévues par la réglementation en vigueur.

Le bulletin de conformité de chaque lot émanant du fabricant doit être fourni au laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

L'importateur s'engage à fournir, avant leur commercialisation, aux grossistes répartiteurs, les certificats de conformité des produits pharmaceutiques établis par le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

**Article 8** : Tous les produits pharmaceutiques faisant l'objet d'une importation doivent avoir une durée de vie suffisante à partir de leur mise sur le marché.

**Article 9** : Avant toute importation, les produits pharmaceutiques d'origine biologique doivent faire l'objet d'une évaluation de sécurité virale.

**Article 10** : L'importateur s'engage à procéder à l'importation de produits pharmaceutiques autorisés, à titre dérogatoire et exceptionnel par le ministre chargé de la santé, pour des raisons de santé publique.

**Section I  
Médicaments**

**Article 11** : Les conditionnements des médicaments doivent être conformes aux critères requis dans la décision d'enregistrement.

**Article 12** : Les conditionnements internes et externes doivent comporter obligatoirement les mentions suivantes en caractères apparents, aisément lisibles et indélébiles en langue arabe et toute langue étrangère usitée en Algérie :

- le nom commercial ;
- la dénomination commune internationale (DCI) imprimée en gros caractères ou à défaut la dénomination usuelle ;
- le numéro de la décision d'enregistrement en Algérie ;
- la date de fabrication par impression des trois premières lettres du mois et du millésime de l'année ;
- la date de péremption par impression des trois premières lettres du mois et du millésime de l'année ;
- la forme pharmaceutique ;
- la formule centésimale avec indication précise des substances actives ;
- la teneur en principe actif par unité de prise et par conditionnement ;
- le numéro de lot ;
- le site de fabrication et le pays d'origine ;
- les conditions particulières de stockage et de conservation ;
- les conditions particulières de dispensation (inscription aux listes) ;
- la durée de stabilité lorsqu'il s'agit d'une préparation à reconstituer ;
- les noms et adresses du fabricant et de l'importateur ;
- le code barre.

**Article 13** : Chaque produit pharmaceutique doit être accompagné d'une notice rédigée en langue arabe et toute langue étrangère usitée en Algérie et comportant, outre les informations exigées ci-dessus, les renseignements suivants :

- les indications thérapeutiques ;
- la posologie ;
- les effets indésirables ;
- les contre-indications ;
- les mises en garde le cas échéant ;
- les précautions d'emploi, le cas échéant ;
- les interactions médicamenteuses, le cas échéant ;
- la durée de stabilité lorsqu'il s'agit d'une préparation à reconstituer ;
- la dénomination ou la raison sociale et l'adresse du siège social du fabricant.

Les autres mentions nécessaires au bon usage du produit notamment la forme orale, à croquer, soluté à diluer, etc...

**Section II  
Psychotropes et stupéfiants**

**Article 14** : L'importation des médicaments psychotropes et des stupéfiants est soumise aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux clauses du présent cahier des conditions techniques, notamment en ce qui concerne les prévisions, les autorisations d'importation, la détention, le stockage, le transport et la distribution aux grossistes répartiteurs.

Les déclarations prévues par la réglementation en vigueur doivent être établies et signées par le pharmacien directeur technique.

### Section III Réactifs et produits chimiques

**Article 15 :** Les réactifs et produits chimiques doivent être identifiés clairement par le nom chimique du produit, porter les mentions obligatoires, idéogrammes et pictogrammes, relatifs à la sécurité d'utilisation et aux mesures à mettre en œuvre en cas d'accident ou d'intoxication dus à la manipulation de ces produits. Les symboles d'identification, les dimensions des étiquettes, les couleurs des mentions portées sur l'emballage ou l'étiquette doivent être conformes aux normes internationales.

### Section IV Consommables

**Article 16 :** Les consommables doivent obligatoirement :

- faire l'objet d'un certificat de qualification dans le pays d'origine à la date d'importation ;
- être accompagnés du bulletin de conformité du produit visé par les autorités sanitaires du pays d'origine.

**Article 17 :** Les conditionnements internes et externes doivent être conformes aux normes internationales en vigueur et porter les mentions suivantes, en langue arabe et toute langue étrangère usitée en Algérie :

- le nom du produit ;
- la nature du produit, le cas échéant ;
- le mode d'utilisation du produit, le cas échéant ;
- les caractéristiques techniques ;
- le mode de stérilisation ;
- les conditions particulières de stockage ;
- les dates de fabrication et de péremption ;
- le numéro de lot ;
- les mentions particulières, notamment pour le consommable stérile (non réutilisable) ;
- la dénomination ou la raison sociale et l'adresse du fabricant.

### TITRE II CLAUSES PARTICULIERES

**Article 18 :** L'importateur s'engage à :

- respecter et faire respecter les conditions spéciales de transport et de stockage requises, y compris sous douane, pour les produits pharmaceutiques nécessitant le respect de la chaîne du froid.
- respecter la réglementation en vigueur en matière de transport et de stockage des produits pharmaceutiques inflammables et dangereux ;
- matérialiser une zone de quarantaine pour les produits pharmaceutiques en cours d'analyse ;
- réserver une zone distincte au stockage des produits pharmaceutiques réceptionnés et refusés après analyse ;
- réexpédier, au fabricant, les produits pharmaceutiques déclarés non-conformes, sous le contrôle du ministère chargé de la santé, dans un délai n'excédant pas un mois à partir de la date de la notification du certificat de non-conformité.

**Article 19 :** L'importateur s'engage à réaliser ses importations prévisionnelles en produits pharmaceutiques conformément au présent cahier des conditions techniques à l'importation.

L'importateur s'engage à assurer la disponibilité de tous les produits pharmaceutiques relevant de sa gamme d'importation auprès des grossistes répartiteurs.

**Article 20 :** Les importations prévisionnelles annuelles sont soumises à un visa technique délivré, chaque année, par le ministère chargé de la santé.

**Article 21 :** Après chaque opération d'importation, l'importateur s'engage à informer le ministre chargé de la santé des réalisations de ses importations prévisionnelles ainsi que de l'état de ses stocks, selon la déclaration jointe au présent cahier des conditions techniques.

Les informations sus-citées sont fournies par l'importateur en deux (2) exemplaires, l'un déposé au ministère chargé de la santé et l'autre au laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques, aux fins d'analyse.

**Article 22 :** Les importations supplémentaires doivent faire l'objet d'un avenant au présent cahier des conditions techniques à l'importation, dans les mêmes formes.

**Article 23 :** L'importateur s'engage à :

- assurer une disponibilité permanente de l'ensemble des produits faisant partie de son programme d'importation ;
- informer mensuellement le ministre chargé de la santé de l'état des stocks disponibles.

**Article 24 :** En cas de catastrophe, d'épidémie et en général de toute situation exceptionnelle, l'importateur s'engage à mettre en œuvre sur demande du ministère chargé de la santé et pour ce qui le concerne, tous les moyens dont il dispose pour la réalisation des importations prévisionnelles et ce, dans l'intérêt de la santé publique.

**Article 25 :** Sans préjudice des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur, tout manquement par l'importateur aux obligations du présent cahier des conditions techniques, sauf cas de force majeure dûment établie, entraîne la résiliation du cahier des conditions techniques à l'importation, par le ministère chargé de la santé, notamment dans les cas suivants :

- le non-respect par l'importateur des dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur ;
- le non-respect par l'importateur d'une ou de plusieurs clauses du présent cahier des conditions techniques, notamment les conditions techniques relatives aux produits pharmaceutiques et à leur qualité ;
- la non-disponibilité des produits pharmaceutiques trois (3) mois après la délivrance du visa technique d'importation par le ministère chargé de la santé ;
- la fausse déclaration par l'importateur lors de la constitution de son dossier ;
- la non-disponibilité des produits essentiels et/ou orphelins prévus dans son programme d'importation et destinés au traitement des maladies chroniques.

**Article 26 :** L'importateur s'engage à aviser immédiatement le ministère chargé de la santé, dès modification, suspension, restitution ou retrait de l'autorisation de mise sur le marché d'un produit pharmaceutique dans le pays d'origine et dans d'autres pays.

Il prend, le cas échéant, en accord avec le ministère chargé de la santé, toutes dispositions utiles et nécessaires dans l'intérêt de la santé publique notamment le rappel éventuel de produits pharmaceutiques. Il utilise, à cet effet, avec l'assistance du ministère chargé de la santé, tous les moyens d'information nécessaires.

**Article 27 :** Lorsque la suspension ou le retrait d'un produit pharmaceutique sur le territoire national est prononcée par le ministère chargé de la santé, l'importateur de ce produit exécute immédiatement et sans délai toutes les dispositions édictées.

Lorsqu'une procédure de rappel d'urgence est mise en œuvre par le ministère chargé de la santé pour un quelconque produit pharmaceutique se trouvant sur le territoire national, l'importateur, les grossistes répartiteurs et les pharmaciens d'officine, sont tenus de participer à la mise en œuvre immédiate des mesures édictées.

### TITRE III DISPOSITIONS FINALES

**Article 28 :** Lorsque l'importateur est lui-même fabricant de ses produits et dispose de sa propre filiale commerciale en Algérie, il doit être l'importateur exclusif de sa gamme de produits pharmaceutiques.

**Article 29 :** Hormis les clauses du présent cahier des conditions techniques à l'importation, auxquelles l'importateur adhère, toute sujétion imposée par l'Etat ouvre droit à rémunération.

**Article 30 :** Le présent cahier des conditions techniques à l'importation est applicable à compter de la date de sa signature.

**LISTE DES PIECES ET DOCUMENTS CONSTITUTIFS DU DOSSIER REQUIS**

- Autorisation d'exploitation d'établissement d'importation délivrée par les services du ministère chargé de la santé;
- Copie certifiée conforme du registre du commerce ;
- Liste et quantité des produits à importer, selon les modèles établis par l'administration compétente ;
- Déclaration à souscrire par l'importateur selon le modèle établi par l'administration compétente ;
- Engagement solidaire fabricant importateur ;
- Extrait de rôle apuré ;
- Identifiant fiscal ;
- Statuts de la société ;
- Attestation de solvabilité.

**Déclaration mensuelle des produits importés**

DCI	Nom Commercial	Conditionnement	Forme et dosage	Labo fabricant	Pays D'origine	Date De fabrication	Date de péremption	N° de lot	quantité	Prix unitaire		P P A	Et at de s st oc ks
										FO B	C IF		

**Arrêté du 6 Joumada El Oula correspondant au 23 mai 2007 complétant l'arrêté du 28 Rabie  
Ethani 1426 correspondant au 6 juin 2005 fixant le cahier des conditions techniques à  
l'importation des produits pharmaceutiques destinés à la médecine humaine.**

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu le décret présidentiel n° 06 -176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu l'arrêté du 28 Rabie Ethani 1426 correspondant au 6 juin 2005 fixant le cahier des conditions techniques à l'importation des produits pharmaceutiques destinés à la médecine humaine;

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de compléter les dispositions de l'article 20 du cahier des conditions techniques à l'importation des produits pharmaceutiques destinés à la médecine humaine prévu par l'arrêté du 28 Rabie Ethani 1426 correspondant au 6 juin 2005, susvisé, par un 2ème alinéa rédigé comme suit:

"**Art. 20.**- .....(sans changement) ....."

Le visa technique prévu à l'alinéa ci-dessus est délivré dans un délai n'excédant pas (30) jours à compter de la date du dépôt du dossier requis cité à l'article 3 ci-dessus".

**Article 2** : Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 6 Joumada El Oula 1428 correspondant au 23 mai 2007.

**Amar TOU.**



**Décret exécutif n° 06-153 du 9 Rabie Ethani 1427 correspondant au 7 mai 2006**  
**définissant les modalités de versement et d'affectation de la taxe pour l'enregistrement**  
**et le contrôle des produits pharmaceutique**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint du ministre des finances et du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles, 85-4° et b125 (alinéa2);

Vu la loi n°84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances;

Vu la loi n° 02 -11 du 20 Chaoual 1423 correspondant au 24 décembre 2002 portant loi de finances pour 2003, notamment son article 103;

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 05 -161 du 22 Rabie Aouel 1426 correspondant au 1<sup>er</sup> mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 93-140 du 14 juin 1993 portant création, organisation et fonctionnement du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup>** : En application des dispositions de l'article 103 de la loi n° 02 -11 du 20 Chaoual 1423 correspondant au 24 décembre 2002, susvisée, le présent décret a pour objet de définir les modalités de versement et d'affectation de la taxe instituée sur chaque demande d'enregistrement d'un produit pharmaceutique et sur chaque contrôle de lots des produits pharmaceutiques.

**Article 2** : Conformément aux dispositions de la loi de finances pour 2003, les tarifs de la taxe citée à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus sont fixés comme suit :

- contrôle de lots des produits pharmaceutiques ..... : 4000 DA,
- contrôle et expertise des produits soumis à l'enregistrement ..... : 10 000DA,
- analyse et contrôle des matières premières des produits soumis à l'enregistrement ..... : 5000DA

le produit de cette taxe est affecté à raison de :

- 50 % au profit du budget de l'Etat ;
- 50% au profit du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

**Article 3** : La taxe est acquittée auprès de la trésorerie centrale d'Alger sur la base d'un (1) titre de recettes, dont le modèle est annexé au présent décret, délivré par l'ordonnateur du budget du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

- Le paiement est constaté par la délivrance d'une (1) quittance dont copie est transmise au laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

**Article 4** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 9 Rabie Ethani 1427 correspondant au 7 mai 2006.

**Ahmed OUYAHIA**

-----

**MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**TAXE PERCUE AU PROFIT DU " BUDGET DE L'ETAT" SUR CHAQUE DEMANDE DE CONTROLE DE LOTS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES, CONTROLE ET EXPERTISE DES PRODUITS SOUMIS A L'ENREGISTREMENT, ANALYSE ET CONTROLE DES MATIERES PREMIERES DE PRODUITS SOUMIS A L'ENREGISTREMENT**

**BORDEREAU DE VERSEMENT**

N°...../.....

Désignation du redevable de la taxe.....

.....

.....

NATURE DES ACTES SOUMIS A L'ENREGISTREMENT	MONTANTS (En dinars)
.....	
.....	
.....	
TOTAL	

Total (en lettres)

Fait à Alger, le.....

L'ordonnateur

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

-----

**MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**TAXE PERCUE AU PROFIT DU " LABORATOIRE NATIONAL DE CONTROLE DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES" SUR  
CHAQUE DEMANDE DE CONTROLE DE LOTS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES, CONTROLE ET EXPERTISE DES  
PRODUITS SOUMIS A L'ENREGISTREMENT, ANALYSE ET CONTROLE DES MATIERES PREMIERES DE PRODUITS SOUMIS  
A L'ENREGISTREMENT**

**BORDEREAU DE VERSEMENT**

N°...../.....

Désignation du redevable de la taxe.....

.....

.....

NATURE DES ACTES SOUMIS A L'ENREGISTREMENT	MONTANTS ( En dinars)
..... ..... .....	
TOTAL	

Total (en lettres)

Fait à Alger, le.....

L'ordonnateur

**Décret exécutif n° 06-158 du 17 Rabie Ethani 1427 correspondant au 15 mai 2006  
modifiant et complétant le décret exécutif n° 01-309 du 28 Rajab 1422 correspondant  
au 16 octobre 2001 fixant les modalités de mise en œuvre des dispositions de l'article  
39 de la loi de finances pour 2001 relatives à l'exonération des droits et taxes des  
produits chimiques et organiques destinés à la fabrication des médicaments.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre des finances et du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 79-07 du 21 juillet 1979, modifiée et complétée, portant code des douanes ;

Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée, notamment ses articles 169, 170 et 171,

Vu la loi n° 90-36 du 31 décembre 1990 portant loi de finances pour 1991, notamment son article 65 instituant le code des taxes sur le chiffre d'affaires ;

Vu la loi n° 2000-06 du 27 Ramadhan 1421 correspondant au 23 décembre 2000 portant loi de finances pour 2001, notamment son article 39 ;

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1er mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 01-309 du 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001 fixant les modalités de mise en œuvre des dispositions de l'article 39 de la loi de finances pour 2001 relatives à l'exonération des droits et taxes des produits chimiques et organiques destinés à la fabrication des médicaments ;

Décrète :

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter le décret exécutif n° 01-309 du 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001 fixant les modalités de mise en œuvre des dispositions de l'article 39 de la loi de finances pour 2001 relatives à l'exonération des droits et taxes des produits chimiques et organiques destinés à la fabrication des médicaments.

**Article 2** : La liste des matières et produits ouvrant droit à l'exonération des droits et taxes prévue par l'annexe I du décret exécutif n° 01-309 du 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001 est remplacée par la liste jointe à l'annexe 1 du présent décret.

**Article 3** : Les articles 3 et 4 du décret exécutif n° 01-309 du 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001, susvisé, sont modifiés, complétés et rédigés comme suit :

"Art. 3. - Ne peuvent prétendre à l'exonération que les opérations d'importation réalisées par les entreprises du secteur des industries pharmaceutiques agréées par les services du ministère chargé de la santé".

"Art 4 - Le bénéfice de l'exonération des droits et taxes est subordonné à la présentation par les entreprises visées à l'article 3 ci-dessus du programme des importations prévisionnelles annuelles pour visa technique délivré, chaque année, par le ministère chargé de la santé.

L'entreprise est tenue d'informer mensuellement le ministère chargé de la santé des réalisations de ses importations prévisionnelles, selon les déclarations jointes au présent décret.

Les importations supplémentaires doivent faire l'objet d'un avenant au programme prévisionnel annuel dans les mêmes formes citées ci-dessus".

**Article 4** : Les déclarations statistiques de dédouanement de matières premières et d'articles de conditionnement prévues par les annexes II et III du décret exécutif n° 01-309 du 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001, susvisé, sont remplacées par les déclarations mensuelles jointes en annexes II et III du présent décret.

**Article 5** : Il est ajouté au décret exécutif n° 01-309 du 28 Rajab 1422 correspondant au 16 octobre 2001, susvisé, un article 5bis rédigé comme suit

"Art 5 bis - Les dispositions du présent décret régissent également les modifications qui seront introduites ultérieurement au sein de la nomenclature internationale de désignation et de codification des marchandises".

**Article 6** : Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 17 Rabie Ethani 1427 correspondant au 15 mai 2006.

**Ahmed OUYAHIA.**

La liste des produits est jointe au présent décret du Journal Officiel de la République algérienne démocratique et populaire N° 32 du 17 mai 2006

**Arrêté n°387 du 31 juillet 2006 relatif aux essais cliniques**

Le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

- Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment ses articles 178, 168/2, 168/3 et 168/4 ;
- Vu l'ordonnance n°95-07 du 23 Châabane 1415 correspondant au 25 janvier 1995 relative aux assurances ;
- Vu le décret exécutif n°93-53 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du Ministère de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996, fixant les attributions du Ministre de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°05-428 du 5 Choual 1426 correspondant au 7 novembre 2005 portant organisation de l'administration du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;
- Vu le décret présidentiel n°06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu l'arrêté n°112/MSP/MIN du 22 octobre 1995 fixant les bonnes pratiques cliniques ;
- Vu l'arrêté n°44 du 21 septembre 1998 portant formulaire de déclaration d'intention pour l'essai d'un médicament ou d'un produit assimilé.
- Vu l'arrêté n°48 du 07 octobre 1998 relatif au formulaire de déclaration d'un effet grave susceptible d'être du à une recherche biomédicale sur un médicament ou un produit pharmaceutique ;
- Vu l'arrêté n°67 du 06 décembre 1998 portant création de l'unité des essais cliniques.

**A r r ê t e**

**Chapitre 1 : Objet – définitions**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent arrêté a pour objet de définir les conditions dans lesquelles s'effectuent les essais cliniques sur l'être humain.

**Article 2 :** On entend par essai clinique toute investigation menée sur des sujets humains en vue de découvrir ou de vérifier des effets cliniques et pharmacologiques d'un produit pharmaceutique, d'identifier toutes réactions indésirables afin d'en évaluer l'efficacité et la sécurité.

L'essai clinique porte notamment sur :

- les essais thérapeutiques, diagnostics et préventifs ;
- les études observationnelles ;
- les études de bioéquivalence.

**Article 3 :** Un essai clinique est dit :

- avec bénéfice individuel direct (BID) lorsque les patients inclus dans l'essai profitent directement d'un éventuel bénéfice thérapeutique pour la prise en charge de leur pathologie.
- Sans bénéfice individuel direct (SBID) lorsque les sujets sains inclus dans l'essai ne tirent aucun bénéfice thérapeutique direct.

**Article 4 :** Les essais cliniques nécessitent des promoteurs, et/ou des organismes de recherche dénommés contract research organization (CRO) et des investigateurs.

**Article 5 :** On entend par promoteur toute personne physique ou morale qui prend l'initiative d'un essai clinique.

On entend par « contract research organization » (CRO) toute société de prestation de service dans le domaine des essais cliniques. Cette société est assimilée à un promoteur.

On entend par investigateur tout praticien généraliste ou spécialiste qui dirige et surveille la réalisation de l'essai clinique.

**Article 6 :** Les termes et concepts couramment utilisés dans le domaine des essais cliniques sont définis dans le glossaire joint en annexe A du présent arrêté

**Chapitre 2 : dispositions générales**

**Article 7 :** Les sociétés de prestation de services dans le domaine des essais cliniques sont agréées par le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 8 :** Tout promoteur d'un essai clinique sur l'être humain doit déclarer son intention de réaliser celui-ci, au Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière qui lui délivre une autorisation à cet effet.

La déclaration d'intention est formulée conformément au formulaire joint en annexe B du présent arrêté.

Le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière peut, à tout moment, demander au promoteur des informations complémentaires sur l'essai clinique. Il peut également, à tout moment, suspendre ou interdire un essai clinique.

**Article 9 :** Aucun essai clinique ne peut être effectué sur l'être humain :

- s'il ne se fonde pas sur le dernier état de la recherche clinique, des connaissances scientifiques et sur une expérimentation pré clinique suffisante ;
- si le rapport bénéfice / risque prévisible n'est pas au profit du sujet inclus à la recherche.

**Article 10 :** Les essais cliniques ne peuvent être effectués que :

- sous la direction et sous la surveillance d'un médecin justifiant d'une expérience appropriée ;
- dans des conditions matérielles et techniques adaptées à l'essai clinique et compatibles avec les impératifs de rigueur scientifique et de sécurité des personnes qui se prêtent à cet essai ;

**Article 11 :** Tout effet grave susceptible d'être du à une recherche sur un produit pharmaceutique doit être déclaré par le promoteur, au Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, conformément au formulaire joint en annexe D du présent arrêté.

**Article 12 :** Les mineurs et les personnes admises dans un établissement sanitaire ou social ne peuvent être sollicités pour un essai clinique que si l'on peut en attendre un bénéfice direct pour leur santé.

Les femmes enceintes et les mères qui allaitent peuvent être admises exceptionnellement aux essais cliniques si elles n'encourent aucun risque sérieux prévisible pour leur santé ou celle de leur enfant et que cette recherche soit utile à la connaissance des phénomènes de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement et si elle ne peut être réalisée autrement.

**Article 13 :** Les personnes ne pouvant se prêter aux essais cliniques sont :

- les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative ;
- les malades en situation d'urgence et les personnes hospitalisées sans consentement.

**Article 14 :** Pour les essais cliniques sans bénéfice individuel direct, le promoteur assume, même sans faute, l'indemnisation des conséquences dommageables de l'essai pour la personne qui s'y prête et celle de ses ayants droit, sans que puisse être opposé le fait d'un tiers ou le retrait volontaire de la personne qui avait initialement consenti à se prêter à cet essai.

Pour les essais cliniques avec bénéfice individuel direct, le promoteur assume l'indemnisation des conséquences dommageables de l'essai pour la personne qui s'y prête et celle de ses ayants droit, sauf preuve à sa charge que le dommage n'est pas imputable à sa faute ou à celle de tout intervenant sans que puisse être opposé le fait d'un tiers ou le retrait volontaire de la personne qui avait initialement consenti à se prêter à l'essai clinique.

**Article 15 :** Le promoteur est tenu de souscrire une assurance garantissant sa responsabilité civile pour l'activité qu'il entreprend.

**Article 16 :** L'essai clinique ne donne lieu à aucune contrepartie financière directe ou indirecte pour les personnes qui s'y prêtent, hormis le remboursement des frais engagés par la personne qui se prête à l'essai clinique.

**Article 17 :** La réalisation de tout essai clinique fait l'objet d'une convention financière passée entre le promoteur et l'investigateur. Le promoteur passe une convention financière avec l'établissement dans le cas où l'essai clinique engendre des surcoûts.

**Article 18 :** Les moyens financiers mis à la disposition de l'investigateur doivent être investis, entre autre, pour l'acquisition de matériels et d'équipements pour le service où se déroule l'essai clinique.

**Article 19 :** Les procédures déterminant les normes et méthodes applicables à l'expérimentation des produits pharmaceutiques sont fixées par arrêté du Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 20 :** Les essais cliniques doivent être réalisés en conformité avec les règles de bonnes pratiques de laboratoire et les règles de bonnes pratiques cliniques.

### **Chapitre 3 : Du consentement de la personne**

**Article 21 :** Préalablement à la réalisation d'un essai clinique sur une personne, le consentement libre, éclairé et exprès de celle-ci doit être recueilli après que l'investigateur lui a fait connaître :

- l'objectif de l'essai, sa méthodologie et sa durée ;
- les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles y compris en cas d'arrêt de l'essai avant son terme.

**Article 22 :** L'investigateur doit informer la personne dont le consentement est sollicité, de son droit de refuser de participer à une recherche ou de retirer son consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité.

**Article 23 :** Le consentement est donné par écrit ou, en cas d'impossibilité, il est attesté par un tiers. Ce dernier doit être totalement indépendant de l'investigateur et du promoteur.

### **Chapitre 4 : De la protection des personnes se prêtant aux essais cliniques**

**Article 24 :** Tout projet d'essai clinique doit être soumis par le promoteur à l'avis préalable du comité d'éthique pour les essais cliniques créés à l'article 25 ci-dessous.

Le comité d'éthique pour les essais cliniques dispose d'un délai d'un mois, à compter de la date de réception du projet pour donner son avis.

**Article 25 :** Le Ministre chargé de la santé crée, dans chaque région sanitaire, un ou plusieurs comité(s) d'éthique pour les essais cliniques.

Les comités d'éthique pour les essais cliniques ont leur siège au sein des établissements publics de santé.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement des comités d'éthique pour les essais cliniques sont fixées par instruction.

**Article 26 :** Le comité d'éthique pour les essais cliniques est un organe indépendant, il est composé de huit (08) personnes :

- cinq (05) médecins dont un généraliste ;
- un pharmacien ;
- un technicien supérieur de la santé ;
- un juriste ;
- un représentant des associations de malades.

Le comité d'éthique pour les essais cliniques peut faire appel à toute personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

**Article 27 :** Le comité donne son avis sur les conditions de validité de la recherche au regard de la protection des personnes notamment leur information avant et pendant la durée de la recherche et sur les modalités de recueil de leur consentement, les indemnités éventuellement dues, la pertinence générale du projet et l'adéquation entre les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ainsi que la qualification du ou des investigateurs.

**Article 28 :** Le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière peut dissoudre un comité d'éthique pour les essais cliniques si les conditions d'indépendance, de composition ou de fonctionnement nécessaires pour assurer sa mission ne sont plus réunies.

**Article 29 :** Les activités des comités d'éthique pour les essais cliniques sont supervisés par l'unité de contrôle des essais cliniques rattachée à la direction de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

### **Chapitre 5 : Dispositions particulières aux essais cliniques sans bénéfice individuel direct (SBID)**

**Article 30 :** Les essais cliniques sans bénéfice individuel direct ne doivent comporter aucun risque prévisible sérieux pour la santé des personnes qui s'y prêtent. Ils doivent être précédés d'un examen médical des personnes concernées. Les résultats de cet examen leur sont communiqués préalablement à l'expression de leur consentement.

**Article 31 :** Dans le cas d'un essai clinique sans bénéfice individuel direct à l'égard des personnes qui s'y prêtent, le promoteur peut verser à ces personnes une indemnité en compensation des contraintes subies.

**Article 32 :** Le nombre d'essai clinique sans bénéfice individuel direct auquel peut participer un volontaire ne peut dépasser trois (03) par an.

**Article 33 :** Nul ne peut se prêter simultanément à plusieurs recherches biomédicales.

**Article 34 :** Les essais cliniques effectués sur des mineurs ne peuvent en aucun cas donner lieu au versement de l'indemnité prévue à l'article 31 ci-dessus.

**Article 35 :** Les essais cliniques sans bénéfice individuel direct ne peuvent être réalisés que dans structures agréées par le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 36 :** Les essais sans finalité thérapeutique sont soumis à l'avis préalable du Conseil National de l'Éthique des Sciences de la Santé.

### **Chapitre 6 : Dispositions diverses et finales**

**Article 37 :** Le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière tient un registre national de déclaration des essais cliniques conformément au modèle joint en annexe C du présent arrêté.

**Article 38 :** Les dispositions des arrêtés n°44 du 21 septembre 1998 et n°48 du 7 octobre 1998 susvisés, sont abrogées.

**Article 39 :** Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.

**Arrêté n° 388 du 31 juillet 2006 fixant les procédures de réalisation d'un essai clinique**

- Vu le décret exécutif n°93-53 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du Ministère de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996, fixant les attributions du Ministre de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°05-428 du 5 Choual 1426 correspondant au 7 novembre 2005 portant organisation de l'administration du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;
- Vu le décret présidentiel n°06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu l'arrêté n°387 du 31 juillet 2006 relatif aux essais cliniques.

**Arrête**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent arrêté a pour objet de fixer les procédures de réalisation d'un essai clinique.

**Article 2 :** La demande de réalisation d'un essai clinique peut émaner :

- des laboratoires pharmaceutiques ;
- des praticiens médicaux dans le cadre de la recherche ;
- des autorités administratives dans le cadre d'enregistrement d'un produit pharmaceutique ;
- des institutions de recherche dans le cadre de projet de recherche ;
- des sociétés de prestation de service dans le domaine des essais cliniques.

**Article 3 :** Le demandeur d'essai clinique dépose un dossier au niveau de la direction chargée de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, comportant les pièces suivantes :

- la déclaration d'intention de réaliser un essai clinique conformément au formulaire établi à cet effet ;
- le protocole d'essai clinique tel que prévu à l'article 7 ci-dessous ;
- le cahier d'observation ;
- la brochure de l'investigateur ;
- une copie du contrat d'assurance en responsabilité civile souscrit par le promoteur ;
- une copie de la convention financière passée entre le promoteur et l'investigateur.

Les documents ci-dessus doivent être déposés en double exemplaire.

Le dossier doit être déposé au moins deux mois avant la date prévue du début de l'essai.

**Article 4 :** La direction chargée de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière a un délai de trois mois au maximum, à compter du dépôt du dossier mentionné à l'article 3 ci-dessus, pour délivrer l'autorisation de réalisation de l'essai clinique, au demandeur.

**Article 5 :** La demande de réalisation d'un essai clinique peut être rejetée dans les cas suivants :

- lorsque le dossier est incomplet ;
- lorsque le comité d'éthique pour les essais cliniques a émis un avis défavorable ;
- lorsque le protocole d'essai clinique ne respecte pas les principes méthodologiques décrits dans les bonnes pratiques cliniques ;
- lorsque le lieu de réalisation de l'essai clinique ne répond pas aux conditions appropriées à l'essai clinique telle que définies par instruction du Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 6 :** Le promoteur désigne un investigateur pour diriger et surveiller la réalisation de l'essai clinique.

En cas d'essai clinique multicentrique, le promoteur confie la réalisation de l'essai à plusieurs investigateurs, il désigne parmi eux un investigateur principal appelé investigateur coordonnateur.

**Article 7 :** L'essai clinique fait l'objet d'un protocole qui est signé par l'investigateur après qu'il ait manifesté son accord.

**Article 8 :** L'investigateur doit informer le promoteur de tout événement critique survenant au cours de l'essai clinique.

Dans le cas où cet événement entraîne une modification significative du protocole d'essai clinique, celle-ci doit être notifiée au comité d'éthique pour les essais cliniques.

**Article 9 :** L'investigateur et son équipe doivent demeurer disponible pendant toute la durée de l'essai clinique.

L'investigateur doit informer le directeur de l'établissement hospitalier où se déroule l'essai clinique, avant le démarrage de celui-ci.

**Article 10 :** Lorsque les produits objet de l'essai clinique n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché en Algérie, une autorisation pour leur dédouanement est délivrée par la direction chargée de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**Article 11 :** Lorsqu'il reste des produits à la fin de l'essai clinique, la direction de la pharmacie délivre une autorisation pour leur destruction.

**Article 12 :** A la fin de l'essai clinique, le promoteur doit transmettre à la direction chargée de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière un rapport sur le déroulement de l'essai et les résultats obtenus.

**Article 13 :** La réalisation d'une étude de bioéquivalence ou de biodisponibilité est soumise à la même procédure que l'essai clinique.

**Article 14 :** Pour la réalisation d'une étude observationnelle, le promoteur doit seulement déposer au niveau de la direction chargée de la pharmacie du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, le protocole d'essai clinique et le formulaire de déclaration d'intention de réalisation d'essai clinique établi à cet effet.

**Article 15 :** Le présent arrêté est publié au bulletin officiel du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

**ANNEXE B**  
**DECLARATION D'INTENTION DE REALISATION D'ESSAI**  
**D'UN PRODUIT PHARMACEUTIQUE**

Date de déclaration \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

1. Promoteur (nom ou dénomination et adresse) Enregistrement par l'administration  
Numéro :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Cachet

2. Titre de l'essai

3. Objectif

4. Recherche avec bénéfice individuel direct :      oui              non

5. Phase d'expérimentation clinique (I, Iia, I Ib , III, IV) :

6. Essai :  
Contrôlé :              multicentrique :              international :  
Randomisé :              simple insu :              double insu :  
Croisé :              groupes parallèles :              ouvert :

7. Etude observationnelle : /\_\_\_\_/  
Pharmacovigilance /\_\_\_\_/              Prévalence /\_\_\_\_/  
Pharmaco épidémiologie /\_\_\_\_/              Pharmaco économie /\_\_\_\_/  
Cohorte /\_\_\_\_/              cas –témoins /\_\_\_\_/  
Autre , à préciser

8. Etude de bioéquivalence : /\_\_\_\_/

9. Date prévue pour le début de la recherche : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

10. Durée prévue :



**MEDICAMENT OU PRODUIT ETUDE**

( Si l'essai porte sur plusieurs médicaments ou produits, utiliser une page pour chacun d'entre eux)

- 11. Dénomination spéciale :
- 12. Nom de code :
- 13. Dénomination scientifique et D.C.I du (des ) principe(s) actif(s) :
- 14. Forme pharmaceutique (pharmacopée) :
- 15. Composition qualitative et quantitative (en utilisant les dénominations communes internationales) :
- 16. Principe actif nouveau :      oui                      non
- 17. Posologie :
- 18. Fabricant(s) (nom)(s)ou dénomination(s)et lieu(x)de fabrication) :
- 19. D.E ou A.M.M. :
  - Algérie : oui      non      refus              suspension              retrait
  - Etranger (citer les principaux pays) :

**MEDICAMENT OU PRODUIT DE REFERENCE**

- 20. Dénomination spéciale :
- 21. Dénomination scientifique ( pharmacopée) :
- 22. Forme pharmaceutique (pharmacopée) :
- 23. Composition qualitative et quantitative en principe actifs (en utilisant les dénominations communes internationales) :
- 24. Posologies :
- 25. Fabricant(s) (nom(s) ou dénomination(s) et lieu(x) de fabrication) :

**PLACEBO**

- 26. Forme pharmaceutique ( pharmacopée)
- 27. Fabricant(s) (nom(s) ou dénomination(s)et lieu(x) de fabrication) :

**INVESTIGATEUR (S)**

28 Nom(s) et Prénom(s)	31. Quantité	32. Lieu de réalisation

**PERSONNES SE PRETANT A LA RECHERCHE**

- 29. Nombre prévu de personnes :
- 30. Indication thérapeutique :
- 31. Principaux critères d'inclusion :
- 32. Durée du traitement ou de la participation par personne :

**COMITE D'ETHIQUE**

- 33. Comité (nom et adresse :
- 34. Avis favorable :  
Avis défavorable :
- 35. Date de l'avis :

**ASSURANCE**

- 36. Entreprise d'assurance (nom ou dénomination) :
- 37. Numéro du contrat souscrit :

**Adresser 3 exemplaires de la présente déclaration à la DPHM**

## ANNEXE A Glossaire

### **Amendement**

Texte modifiant une disposition d'un protocole de recherche clinique déjà approuvé par un comité d'éthique. L'investigateur principal de l'essai envoie l'amendement au comité d'éthique.

Deux possibilités :

- l'amendement ne modifie pas profondément le protocole. Dans ce cas, le comité d'éthique est informé mais ne donne pas d'avis ;
- l'amendement modifie profondément le protocole et les risques éventuels pour les patients. Dans ce cas, le comité d'éthique délibère et doit donner un avis (favorable ou non) sur l'amendement.

### **AMM (Autorisation de Mise sur le Marché)**

Autorisation administrative délivrée par le Directeur de la Pharmacie et des Equipements à l'établissement pharmaceutique qui souhaite mettre un médicament sur le marché algériens. Le Directeur de la Pharmacie et des Equipements prend sa décision en suivant les avis du comité des experts cliniciens.

### **Archivage**

Tous les documents d'un essai clinique doivent être conservés pendant 15 ans après la fin de l'essai, aussi bien par les investigateurs que par le promoteur.

### **Assurance de qualité**

Système mis en place pour assurer la qualité d'un essai clinique, la fiabilité de ses résultats et le respect de l'éthique et du droit au cours de l'essai. Il inclut :

- les contrôles de qualité effectués par l'assistant de recherche clinique
- l'audit
- l'inspection réalisée par les autorités administratives compétentes

### **Audit**

Procédure d'analyse d'un essai clinique, réalisée par un auditeur indépendant de l'essai et mandaté par le promoteur afin de s'assurer de la qualité de l'essai, de la fiabilité de ses résultats et du respect au cours de l'essai de l'éthique, de la loi et des règlements en vigueur. Le rapport de l'audit est la propriété du promoteur qui a assuré la charge financière de l'audit.

### **Bénéfice individuel direct (BID)**

On dit qu'une recherche clinique est avec bénéfice individuel direct lorsque les patients inclus dans l'essai profiteront directement d'un éventuel bénéfice thérapeutique pour la prise en charge de leur pathologie.

A l'inverse, toute autre recherche clinique est dite sans bénéfice individuel direct lorsque les sujets sains ou les malades inclus dans l'essai ne tirent aucun bénéfice thérapeutique direct de la recherche à laquelle ils ont accepté de participer.

### **Bonne Pratique Clinique (BPC)**

Ensemble de dispositions qui garantissent en recherche clinique la qualité et l'authenticité des informations recueillies et le respect de la loi et des règlements garantissant les droits des personnes dans la recherche clinique.

### **Biodisponibilité**

Etude de la vitesse et le taux de libération du principe actif d'une préparation pharmaceutique, déterminés par sa courbe de concentration dans la circulation générale en fonction du temps ou par son excrétion dans les urines.

### **Bioéquivalence**

Deux médicaments sont bioéquivalents s'ils sont équivalents du point de vue pharmaceutique et si leur biodisponibilité (vitesse et taux de libération), après administration de la même dose molaire, est suffisamment voisine pour que l'on puisse s'attendre à des effets essentiellement identiques.

### **Brochure de l'investigateur :**

Se dit de l'ensemble exhaustif d'informations collectées à un moment donné sur un médicament, au stade de développement où il se trouve avant l'AMM.

La brochure de l'investigateur doit obligatoirement être donnée avant le début d'un essai clinique à tout investigateur participant à cet essai.

Le promoteur de l'essai est responsable de la rédaction et de la mise à jour régulière de la brochure (datée, signée).

### **Cahier d'observation :**

Document destiné à recueillir au fur et à mesure de l'essai, pour chaque sujet, les informations définies par le protocole. Les informations peuvent être recueillies par tout moyen garantissant l'édition et la conservation, et permettant le contrôle de qualité.

### **Confidentialité :**

La règle du secret professionnel médical s'applique à toute personne qui participe directement (médecin investigateur) ou indirectement (ARC, moniteurs, contrôleurs de qualité) à une recherche clinique.

### **Consentement éclairé :**

Acceptation libre et formellement exprimée d'une personne en vue de participer à une recherche clinique. Le consentement est dit « éclairé » lorsque la personne a reçu de la part du médecin investigateur (ou d'un médecin qui le remplace) toutes les informations concernant : les objectifs de l'essai, les bénéfices, les risques et les contraintes.

Le consentement de la personne peut être retiré à tout moment sans préjudice pour elle-même.

Le consentement est attesté par la signature par la personne d'un « formulaire de consentement » signifiant qu'elle a reçu toutes les informations qu'elle souhaitait concernant l'essai clinique.

### **Convention financière**

Contrat régissant les droits et les responsabilités financières des personnes intervenant dans une recherche clinique.

### **Protocole d'essai**

Texte rassemblant tous les éléments descriptifs d'une recherche clinique et qui précise les conditions dans lesquelles cette recherche doit être réalisée et gérée.

**Surcoût de la recherche**

Ce terme définit le coût de la recherche qui, chez un patient inclus dans un essai clinique, ne peut être imputé au budget de l'hôpital mais qui doit être pris en charge soit par le promoteur de l'essai, soit par une tierce personne qui finance la recherche. Ce coût de la recherche sera très clairement différencié du coût des soins que le patient aurait de toutes façons reçu s'il n'avait pas été inclus dans cette recherche.

**Procédures opératoires standards**

Une procédure opératoire standard (POS) présente par écrit le détail des actions à réaliser lors d'une mesure à effectuer ou d'une décision à prendre dans un protocole de recherche.

L'avantage d'une procédure opératoire standard est qu'elle incite tous les investigateurs à travailler de la même façon et qu'elle leur évite des oublis malencontreux. Toutes sortes de POS peuvent être écrites dans la recherche clinique concernant aussi bien les responsabilités du promoteur, des ARC, des investigateurs, des auditeurs et des inspecteurs. Les POS doivent être régulièrement mises à jour, datées et signées par la personne responsable de leur rédaction.

**Déclaration mensuelle des produits importés**

DCI	Nom commercial	Conditionnement	Forme et dosage	Laboratoire Fabricant	Pays d'origine	Date de fabrication	Date de péremption	N° De Lot	Quantité	Prix unitaire		PPA	Etat des stocks
										FOB	CIF		

***Arrêté du Aouel Dhou El Kaada 1429 correspondant au 30 octobre 2008 fixant le cahier des conditions techniques à l'importation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux destinés à la médecine humaine.***

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code du commerce ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;  
Vu l'ordonnance n° 95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances ;  
Vu l'ordonnance n° 01-03 du 19 Joumada El Oula 1422 correspondant au 20 août 2001 relative à la promotion de l'investissement ;  
Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003, modifiée et complétée, relative à la concurrence ;  
Vu l'ordonnance n° 03-04 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative aux règles générales applicables aux opérations d'importation et d'exportation de marchandises ;  
Vu l'ordonnance n° 03-11 du 27 Joumada Ethania 1424 correspondant au 26 août 2003 relative à la monnaie et au crédit ;  
Vu la loi n° 04-18 du 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative à la prévention et à la répression de l'usage et du trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes ;  
Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 92-284 du 6 juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine ;  
Vu le décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992, modifié et complété, relatif à l'autorisation d'exploitation d'établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu l'arrêté du 28 Rabie Ethani 1426 correspondant au 6 juin 2005, complété, fixant le cahier des conditions techniques à l'importation des produits pharmaceutiques destinés à la médecine humaine ;

**Arrêté :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de fixer le cahier des conditions techniques à l'importation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux destinés à la médecine humaine conformément à l'annexe joint au présent arrêté.

**Article 2** : Les dispositions de l'arrêté du 28 Rabie Ethani 1426 correspondant au 6 juin 2005 fixant le cahier des conditions techniques à l'importation des produits pharmaceutiques destinés à la médecine humaine sont abrogées.

**Article 3** : Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire  
Fait à Alger, le Aouel Dhou El Kaada 1429 correspondant au 30 octobre 2008.

**Saïd BARKAT.**

ANNEXE  
**CAHIER DES CONDITIONS TECHNIQUES A L'IMPORTATION DES PRODUITS  
PHARMACEUTIQUES ET DISPOSITIFS MEDICAUX DESTINES A LA MEDECINE HUMAINE**

TITRE I  
**CLAUSES GENERALES**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent cahier définit les conditions techniques d'importation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux à usage de la médecine humaine prévues par les articles 169, 170 et 173 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé et ce, quel que soit le statut juridique de l'importateur.

**Article 2** : L'importateur s'engage à distribuer les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux qu'il importe, exclusivement aux grossistes répartiteurs dûment autorisés, répartis sur l'ensemble du territoire national.

**Article 3** : L'importateur s'engage à :

- se conformer aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux clauses du présent cahier des conditions techniques ;
- se procurer les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux uniquement auprès des laboratoires fabricants ou de leurs représentants. Ces laboratoires fabricants doivent être dûment autorisés dans leur pays d'origine par les autorités sanitaires compétentes et posséder des installations fonctionnant conformément aux règles de bonnes pratiques de fabrication ;
- confier la responsabilité technique de l'activité d'importation à un pharmacien directeur technique ;
- présenter le dossier requis dont la liste des pièces et documents constitutifs sont joints au présent arrêté.

**Article 4** : L'importateur est personnellement responsable de l'application des règles édictées dans l'intérêt de la santé publique et de la qualité des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux importés et mis sur le marché. Il doit, préalablement à leur dédouanement, les soumettre aux contrôles de conformité nécessaires auprès du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques, avant la commercialisation aux grossistes répartiteurs, sans préjudice de la responsabilité du pharmacien directeur technique.

**Article 5** : Le prix de vente au public doit figurer sur la vignette apposée sur le conditionnement de tous les médicaments destinés à être commercialisés en officine.

Les médicaments remboursables par la caisse de sécurité sociale doivent comporter une vignette auto-adhésive et détachable, apposée obligatoirement par l'importateur.

Celle-ci doit comporter toutes les mentions prévues par la réglementation en vigueur.

**Article 6** : L'importateur demeure soumis aux contrôles, évaluations ou vérifications des conditions de réalisation des opérations et prestations fixées par le présent cahier des conditions techniques à l'importation, effectués par les services légalement habilités.

**Article 7** : L'importateur doit détenir pour chaque lot de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux importés un certificat de conformité délivré par le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

L'importateur doit se soumettre aux procédures de contrôle des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux importés telles que prévues par la réglementation en vigueur.

Le bulletin de conformité de chaque lot émanant du fabricant doit être fourni au laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

L'importateur s'engage à fournir avant leur commercialisation, aux grossistes répartiteurs, les certificats de conformité des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux établis par le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

**Article 8** : Tous les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux faisant l'objet d'une importation doivent avoir, à la date de leur dédouanement, une validité égale ou supérieure aux 2/3 de leur durée de vie.

**Article 9** : Avant toute importation, les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux d'origine biologique doivent faire l'objet d'une évaluation de sécurité virale, par l'autorité sanitaire compétente du pays d'origine, dûment reconnue par le ministère chargé de la santé.

**Article 10** : Pour des raisons de santé publique et à titre dérogatoire et exceptionnel, l'importateur s'engage à la demande du ministre chargé de la santé, à procéder à l'importation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux autorisés.

Section I  
**MEDICAMENTS**

**Article 11** : Les conditionnements des médicaments doivent être conformes aux critères requis dans la décision d'enregistrement.

**Article 12** : Les conditionnements internes et externes doivent comporter obligatoirement les mentions suivantes en caractères apparents, aisément lisibles et indélébiles en langue arabe et en toute langue étrangère usitée en Algérie :

- le nom commercial ;
- la dénomination commune internationale (DCI) imprimée en gros caractères ou à défaut la dénomination usuelle ;
- le numéro de la décision d'enregistrement en Algérie ;
- la date de fabrication, par impression des trois premières lettres du mois et du millésime de l'année ;
- la date de péremption par impression des trois premières lettres du mois et du millésime de l'année ;
- la forme pharmaceutique ;
- la formule centésimale avec indications précises des substances actives ;
- la teneur en principe actif par unité de prise et par conditionnement ;
- le numéro de lot ;
- le site de fabrication et le pays d'origine ;
- les conditions particulières de stockage et de conservation ;
- les conditions particulières de dispensation (inscription aux listes) ;
- la durée de stabilité lorsqu'il s'agit d'une préparation à reconstituer ;
- les nom et adresse du fabricant ;
- le code barre.

**Article 13** : Chaque produit pharmaceutique et dispositif médical doit être accompagné d'une notice aisément lisible, rédigée en langue arabe et toute langue étrangère usitée en Algérie et comportant outre les informations exigées ci-dessus les renseignements suivants :

- les indications thérapeutiques ;
- la posologie ;
- les effets indésirables ;
- les contre - indications ;
- les mises en garde, le cas échéant ;
- les précautions d'emploi, le cas échéant ;
- les interactions médicamenteuses, le cas échéant ;
- la durée de stabilité lorsqu'il s'agit d'une préparation à reconstituer ;
- la dénomination ou la raison sociale et l'adresse du siège social du fabricant ;
- les autres mentions nécessaires au bon usage du produit, notamment la forme orale, à croquer, soluté à diluer etc.

## Section 2

### Psychotropes et stupéfiants

**Article 14 :** L'importation des substances psychotropes et des stupéfiants est soumise aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux clauses du présent cahier des conditions techniques, notamment en ce qui concerne les prévisions et les autorisations d'importation, la détention, le stockage, le transport et la distribution aux grossistes répartiteurs. Les déclarations prévues par la réglementation en vigueur doivent être établies et signées par le pharmacien directeur technique.

## Section 3

### Réactifs et produits chimiques

**Article 15 :** Les réactifs et produits chimiques doivent être identifiés clairement par le nom chimique du produit, porter les mentions obligatoires, idéogrammes et pictogrammes, relatifs à la sécurité d'utilisation et aux mesures à mettre en œuvre en cas d'accident ou d'intoxication dus à la manipulation de ces produits. Les symboles d'identification, les dimensions des étiquettes, les couleurs des mentions portées sur l'emballage ou l'étiquette doivent être conformes aux normes internationales.

## Section 4

### Dispositifs médicaux

**Article 16 :** Les dispositifs médicaux doivent obligatoirement :

- faire l'objet d'une homologation ou d'une certification équivalente dans le pays d'origine à la date d'importation ;
- faire l'objet d'une homologation et d'un contrôle par le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques ;
- être accompagnés du bulletin de conformité du produit visé par les autorités sanitaires du pays d'origine.

**Article 17 :** Les conditionnements internes et externes doivent être conformes aux normes internationales en vigueur et porter les mentions suivantes, en langue arabe et en toute langue étrangère usitée en Algérie :

- le nom du produit ;
- la nature du produit, le cas échéant ;
- le mode d'utilisation du produit, le cas échéant ;
- les caractéristiques techniques ;
- le mode de stérilisation ;
- les conditions particulières de stockage ;
- les dates de fabrication et de péremption ;
- le numéro de lot ;
- les mentions particulières, notamment pour le dispositif médical stérile (non réutilisable) ;
- la dénomination ou la raison sociale et l'adresse du fabricant.

## TITRE II

### OBLIGATIONS DE L'IMPORTATEUR

**Article 18 :** L'importateur s'engage à :

- respecter et faire respecter les conditions spéciales de transport et de stockage requises, y compris sous douane, pour les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux nécessitant le respect de la chaîne du froid ;
- respecter la réglementation en vigueur en matière de transport et de stockage des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux inflammables et dangereux ;
- matérialiser une zone de quarantaine pour les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux en cours d'analyse ;
- réserver une zone distincte au stockage des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux réceptionnés et refusés après analyse ;
- réexpédier hors du territoire national les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux déclarés non conformes sous le contrôle du ministère chargé de la santé dans un délai n'excédant pas un mois à partir de la date de la notification du certificat de non-conformité.

**Article 19 :** L'importateur s'engage à :

- réaliser ses importations prévisionnelles en produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux conformément au présent cahier des conditions techniques à l'importation ;
- assurer en permanence la disponibilité de l'ensemble des produits faisant partie de son programme d'importation ;
- informer mensuellement le ministère chargé de la santé de l'état des stocks disponibles.

**Article 20 :** Les importations prévisionnelles annuelles sont soumises à un visa technique délivré chaque année par le ministère chargé de la santé.

**Article 21 :** Après chaque opération d'importation, l'importateur s'engage à informer le ministre chargé de la santé des réalisations de ses importations prévisionnelles ainsi que de l'état de ses stocks qui ne doivent en aucun cas être inférieurs à une quantité pouvant couvrir trois mois du programme prévisionnel, selon la déclaration jointe au présent cahier des conditions techniques.

Les informations sus-citées sont fournies par l'importateur en deux (2) exemplaires, l'un déposé au ministère chargé de la santé et l'autre au laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques aux fins d'analyse.

**Article 22 :** Les importations supplémentaires doivent faire l'objet d'un avenant au présent cahier des conditions techniques à l'importation, dans les mêmes formes.

**Article 23 :** En cas de catastrophe, d'épidémie, et en général de toute situation exceptionnelle, l'importateur s'engage à mettre en œuvre sur demande du ministre chargé de la santé, tous les moyens dont il dispose pour la réalisation des importations prévisionnelles et ce, dans l'intérêt de la santé publique.

**Article 24 :** Sans préjudice des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur, tout manquement par l'importateur aux obligations du présent cahier des conditions techniques, sauf cas de force majeure dûment établie, entraîne la résiliation du cahier des conditions techniques à l'importation par le ministre chargé de la santé, notamment dans les cas suivants :

- le non-respect par l'importateur des dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur ;
- le non-respect par l'importateur d'une ou plusieurs clauses du présent cahier des conditions techniques relatives aux produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux et à leur qualité ;
- la non-disponibilité des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux durant une période de trois mois (3) après la délivrance du visa technique d'importation par le ministère chargé de la santé ;
- la fausse déclaration par l'importateur lors de la constitution de son dossier ;
- la non-disponibilité des produits essentiels prévus dans son programme d'importation.

**Article 25 :** L'importateur s'engage à aviser immédiatement le ministre chargé de la santé, dès modification, suspension, restitution ou retrait de l'autorisation de mise sur le marché d'un produit pharmaceutique ou dispositif médical dans le pays d'origine et/ou dans d'autres pays.

Il prend, le cas échéant, en accord avec le ministère chargé de la santé, toutes dispositions utiles et nécessaires dans l'intérêt de la santé publique notamment le rappel éventuel des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux.

Il utilise à cet effet, avec l'assistance du ministère chargé de la santé, tous les moyens d'informations nécessaires.

**Article 26 :** Lorsque la suspension ou le retrait d'un produit pharmaceutique ou d'un dispositif médical sur le territoire national est prononcé par le ministre chargé de la santé, l'importateur de ce produit exécute immédiatement et sans délai toutes les dispositions y afférentes.

Lorsqu'une procédure de rappel d'urgence est mise en œuvre par le ministère chargé de la santé pour un quelconque produit se trouvant sur le territoire national, l'importateur, les grossistes répartiteurs et les pharmaciens d'officine, sont tenus de participer à la mise en œuvre immédiate des mesures édictées.

**TITRE III  
CLAUSES PARTICULIERES**

**Article 27 :** Lorsque l'importateur est lui-même conditionneur des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux qu'il importe en vrac, il s'engage à fabriquer ces produits dans un délai ne pouvant excéder une (1) année.

Le ministre chargé de la santé peut proroger, pour une durée n'excédant pas une année, le délai prévu à l'alinéa 1 ci-dessus en fonction de l'évaluation de l'avancement réel du projet de fabrication par rapport au plan d'exécution des engagements souscrits.

**Article 28 :** Lorsque l'importateur est lui-même fabricant de ses produits et dispose de sa propre filiale commerciale en Algérie, il doit être l'importateur exclusif de sa gamme de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux. Il s'engage, en outre, à élargir de façon régulière et continue la gamme des produits qu'il fabrique en Algérie.

**Article 29 :** Hormis les clauses du présent cahier des conditions techniques à l'importation, auxquelles l'importateur adhère, toute sujétion imposée par l'Etat ouvre droit à rémunération.

**Article 30 :** Toute nouvelle autorisation d'importation est conditionnée par l'investissement dans la production pharmaceutique, notamment par :

- la construction d'unité de production pharmaceutique, pour compte ou en partenariat ;
- la production en partenariat technico-scientifique dans les unités de production pharmaceutiques existantes ;
- la mise à niveau d'unité de production ou l'extension d'unité ;
- l'apport de dossiers de molécules représentant la quote-part de participation dans un projet d'investissement.
- l'importateur ayant présenté un dossier d'investissement conforme à la législation et à la réglementation en vigueur, peut prétendre à une importation de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux prévus dans sa gamme de fabrication.

Dans ce cas, l'autorisation d'importation est délivrée pour une période d'une (1) année. Cette autorisation peut être renouvelée si le degré d'avancement dans la réalisation de son investissement est jugé conforme au plan d'exécution des engagements souscrits.

**Article 31 :** L'importateur ayant déjà obtenu l'autorisation d'importation doit s'engager à présenter un dossier d'investissement dans le cadre de la production de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux au ministre chargé de la santé, dans un délai de six (6) mois, à compter de la date de souscription au présent cahier des conditions techniques à l'importation.

Dans ce cas, l'importateur s'engage à réaliser l'investissement de production dans un délai de deux (2) ans, faute de quoi, il perd le bénéfice d'une nouvelle souscription au cahier des conditions techniques à l'importation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux destinés à la médecine humaine.

Le ministre chargé de la santé peut proroger le délai prévu à l'alinéa 2 ci-dessus en fonction de l'évaluation de l'avancement réel du projet par rapport au plan d'exécution des engagements souscrits.

**Article 32 :** Le présent cahier des conditions techniques à l'importation est applicable à compter de la date de sa signature.

Lu et approuvé Fait à Alger le

**LISTE DES PIECES ET DOCUMENTS CONSTITUTIFS DU DOSSIER REQUIS**

- autorisation d'exploitation de l'établissement d'importation délivrée par les services du ministère chargé de la santé ;
- copie certifiée conforme du registre de commerce ;
- liste et quantité des produits à importer, selon les modèles établis par l'administration compétente ;
- déclaration à souscrire par l'importateur selon le modèle établi par l'administration compétente ;
- engagement solidaire fabricant - importateur ;
- identifiant fiscal ;
- statuts de la société ;
- plan d'exécution des engagements souscrits.

**Déclaration mensuelle des produits importés**

DCI	Nom commercial	Conditionnement	Forme et dosage	Laboratoire Fabricant	Pays d'origine	Date de fabrication	Date de péremption	N° de Lot	Quantité	Prix unitaire		P P A	Etat des stocks
										FO B	CI F		

**Déclaration mensuelle des produits importés**



**Arrêté du 2 Dhou El Hidja 1429 correspondant au 30 novembre 2008 relatif à  
l'interdiction d'importation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux  
destinés à la médecine humaine fabriqués en Algérie.**

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,  
Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code du commerce ;  
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;  
Vu la loi n° 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur ;  
Vu l'ordonnance n° 95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances ;  
Vu l'ordonnance n° 01-03 du 19 Joumada El Oula 1422 correspondant au 20 août 2001 relative à la promotion de l'investissement ;  
Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003, modifiée et complétée, relative à la concurrence ;  
Vu l'ordonnance n° 03-04 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative aux règles générales applicables aux opérations d'importation et d'exportation de marchandises ;  
Vu la loi n° 04-18 du 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative à la prévention et à la répression de l'usage et du trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes ;  
Vu le décret présidentiel n° 08-366 du 17 Dhou El Kaada 1429 correspondant au 15 novembre 2008 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n° 92-284 du 6 juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine ;  
Vu le décret exécutif n° 92-285 du 6 juillet 1992, modifié et complété, relatif à l'autorisation d'exploitation d'établissement de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent arrêté a pour objet d'interdire l'importation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux destinés à la médecine humaine, dont les besoins sont couverts par la production nationale.

**Article 2 :** La liste des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux cités à l'article 1er ci-dessus est annexée au présent arrêté.

**Article 3 :** La liste citée à l'article 2 ci-dessus sera révisée et actualisée, en tant que de besoin, en fonction des impératifs du marché, des capacités de production nationale et de la satisfaction des besoins nationaux en la matière.

**Article 4 :** Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Dhou El Hidja 1429 correspondant au 30 novembre 2008.

**Saïd BARKAT.**

**LISTE DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET DISPOSITIFS MEDICAUX INTERDITS A L'IMPORTATION se trouvant au 1429  
JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 70 DU 6 Dhou El Hidja 1429 Correspondant au 14 décembre 2008**

**Décret exécutif n°07-228 du 15 Rajab 1428 correspondant au 30 juillet 2007 fixant les modalités d'octroi de l'autorisation d'utilisation de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales ou scientifiques.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport conjoint du ministre de la justice, garde des sceaux et du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n°66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale ;

Vu l'ordonnance n°66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n°04-18 du 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative à la prévention et à la répression de l'usage et du trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes, notamment son article 5 ;

Vu le décret présidentiel n°07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n°07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

**Décète :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent décret a pour objet de fixer les modalités d'octroi de l'autorisation d'utilisation de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales ou scientifiques, en application de l'article 5 de la loi n°04-18 du 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative à la prévention et à la répression de l'usage et du trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes.

**Article 2 :** Sont subordonnées à la délivrance d'une autorisation du ministre chargé de la santé les opérations de production, de fabrication, de détention, d'offre, de vente, de mise en vente, d'acquisition, d'achat pour vente, d'entreposage, d'extraction, de préparation, de distribution, de livraison, à quelque titre que ce soit, de courtage, d'expédition, de transit, de transport, d'export ou d'import de stupéfiants et/ou substances psychotropes et leurs précurseurs ainsi que la culture du pavot à opium, de cocaïer et de plante cannabis prévus par la loi n°04-18 du 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004, susvisée.

**Article 3 :** L'autorisation prévue par le présent décret ne peut être délivrée que si l'utilisation des plantes, substances et préparations est destinée à des fins médicales ou scientifiques.

La demande d'autorisation est adressée au ministre chargé de la santé et doit mentionner :

- l'identification et la qualité du demandeur ;
- la nature de l'opération envisagée ;
- la dénomination du produit ;
- la quantité en chiffres et en lettres du produit ;
- le mode de transport envisagé ;
- l'utilisation qui sera faite du produit ;
- la signature du demandeur.

Un extrait du casier judiciaire est annexé à la demande d'autorisation.

L'autorisation d'importation ou d'exportation comprend en outre :

- les noms et adresses de l'expéditeur et du destinataire ;
- le point de passage en douane et, s'il y a lieu, le transitaire en douane.

En cas de transit ou d'emprunt du territoire douanier, la demande est accompagnée de l'autorisation d'exportation délivrée par l'autorité administrative compétente de l'Etat exportateur.

**Article 4 :** L'autorisation, est délivrée après une enquête sociale portant sur les qualités morales et professionnelles du demandeur, diligentée par les services habilités à cet effet, à la demande du ministère de la santé.

Le demandeur doit jouir de ses droits civils et ne pas avoir été condamné pour les infractions prévues par la loi n°04-18 du 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004, susvisée.

**Article 5 :** La validité de l'autorisation d'exportation ou d'importation pour chaque opération est de trois (3) mois à compter de la date de sa remise.

En cas de renouvellement de la demande, l'original de l'autorisation qui n'a pas été utilisé dans le délai imparti à l'alinéa 1er du présent article doit y être joint.

**Article 6 :** Le refus motivé de l'autorisation est notifié à l'intéressé dans le délai d'un (1) mois de son prononcé. Ce dernier peut faire recours conformément à la législation en vigueur.

**Article 7 :** L'importation, par tout établissement pharmaceutique ou sanitaire ou scientifique autorisé, de substances ou de préparations classées comme stupéfiants ou psychotropes, doit faire l'objet d'une déclaration trimestrielle auprès du ministre chargé de la santé. Cette déclaration doit préciser, pour chaque substance :

- les quantités de produits importés ;
- le dosage par unité de prise ;
- la forme et la présentation ;
- le nom et l'adresse du fournisseur.

**Article 8 :** Les substances et préparations classées comme stupéfiants ou psychotropes sont inventoriées et entreposées dans des armoires ou locaux fermés ne contenant rien d'autre, conformément aux modalités prévues par arrêté du ministre chargé de la santé. Les armoires et locaux de stockage sont régulièrement contrôlés par les inspecteurs relevant du ministère de la santé.

Tout vol, détournement ou toute utilisation illicite des substances et préparations prévues par le présent article est signalé aux services de sécurité.

**Article 9 :** Les personnes titulaires de l'autorisation sont tenues de dresser un rapport annuel indiquant pour chaque stupéfiant ou substance psychotrope :

- la quantité réceptionnée ;
- les quantités utilisées pour la fabrication ou la transformation, en précisant la nature et la quantité des produits obtenus ;
- la quantité cédée et ses destinations ;
- les stocks de fin d'année, y compris ceux des produits en cours de transformation.

Ce rapport, qui couvre l'année écoulée, est adressé, au plus tard le 15 février de chaque année, au ministre chargé de la santé.

**Article 10 :** Le retrait de l'autorisation est prononcé par le ministre chargé de la santé, en cas de non-respect des dispositions du présent décret et en cas de condamnation de l'intéressé pour l'une des infractions prévues par la loi n°04-18 du 13 Dhou El Kaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004, susvisée.

**Article 11 :** Les documents attestant des autorisations délivrées sont conservés pendant cinq (5) ans à compter de la date de leur délivrance pour être consultés en cas de nécessité.

Le bénéficiaire conserve l'autorisation qui lui est délivrée pour être présentée à toute réquisition des autorités de contrôle compétentes pendant le délai prévu par l'alinéa 1er du présent article.

**Article 12 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 15 Rajab 1428 correspondant au 30 juillet 2007.

**Abdelaziz BELKHADEM.**

# **Officines Pharmaceutiques**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة لصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

CIRCULAIRE  
N° 003/SP/MSPRH/05 Du 05 Novembre 2005

**DESTINATAIRES** : Mesdames et Messieurs Les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya

Objet : **Couvertures en officines pharmaceutiques dans les zones enclavées**

REF : arrêté n° 02 du 15 janvier 2005 fixant les conditions d'installation, d'ouverture et de transfert d'une officine pharmaceutique.

Nous sommes saisis régulièrement sur les insuffisances enregistrées dans la couverture en officines de pharmacie dans nombre de localités, entraînant l'exclusion de franges entières de la population, de l'accès de proximité aux médicaments et autres produits pharmaceutiques.

A cet égard, l'application des dispositions de l'article 3 de l'arrêté sus référencié, en ce qui concerne l'implantation de pharmacies dans les zones déshéritées et enclavées, doit être comprise dans le sens de prendre en charge les difficultés que rencontrent les populations vivant dans les zones ou quartiers isolés ou excentrés.

A cet effet, il vous est demandé de veiller à pourvoir en officine pharmaceutique, les agglomérations de création récente, existant à la périphérie urbaine, dont le degré de concentration et le volume de la demande à satisfaire, nécessitent la disponibilité permanente de services sanitaires et pharmaceutiques. En effet, l'objectif de la santé publique est de faciliter au citoyen l'accès à ces services.

Il est demandé de tenir compte également de :

- Toute zone isolée des communes limitrophes, pourvues d'officines, par des obstacles naturels ou artificiels qui en rendent l'accès difficile tels que oued, barrage, colline, autoroute, voie ferrée etc.....
- Tout lieu dont la densité ou les flux de population sont jugés suffisamment importants, tels que, à titre d'exemple, les aéroports, les gares routières et ferroviaires.

L'implantation des officines de pharmacies dans les localités sus évoquées est laissée à l'appréciation du Directeur de la Santé et de la Population, en concertation le cas échéant avec les parties concernées, la décision devant être guidée par le souci d'assurer une réponse adaptée aux besoins de santé de la population.

Toute difficulté dans l'application de la présente circulaire doit être portée à l'attention des services concernés de l'administration centrale et une évaluation trimestrielle de son application doit être transmise.

**Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.**

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
عملر تو

**Arrêté du 25 juin 2005 fixant la procédure, le but et le déroulement des phases  
d'expertise d'un produit pharmaceutique soumis à l'enregistrement**

**Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,**

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;  
Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1<sup>er</sup> mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;  
Vu le décret exécutif n°92-284 du 6 juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine ;  
Vu le décret exécutif n° 93-140 du 14 juin 1993 portant création, organisation et fonctionnement du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques ;  
Vu le décret exécutif n° 93-153 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du ministère de la santé et de la population ;  
Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;  
Vu le décret exécutif n° 98-192 du 08 Safar 1419 correspondant au 3 juin 1998 portant création, organisation et fonctionnement du centre national de pharmacovigilance et matériovigilance ;  
Vu l'arrêté n°47 du 10 juillet 1995 portant réorganisation de la commission nationale de nomenclature des produits pharmaceutiques à usage de médecine humaine ;  
Vu l'arrêté n° 37 du 23 août 1998 fixant les procédures d'expertises analytiques, pharmaco-toxicologiques et cliniques appliquées aux produits pharmaceutiques.

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup> :** En application de l'article 20 du décret n°92-284 du 6 juillet 1992 sus-visé, le présent arrêté a pour objet de fixer la procédure, le but et le déroulement des phases d'expertises d'un produit pharmaceutique soumis à l'enregistrement.

**Article 02 :** On entend par procédure d'expertise, au sens du présent arrêté, les études et essais à effectuer en vue de vérifier que le produit pharmaceutique soumis à l'enregistrement possède bien la composition et les caractéristiques indiquées dans le dossier technique et scientifique.

**Article 03 :** Conformément à l'article 12 du décret n° 92-284 du 06 juillet 1992, sus-visé, l'expertise d'un produit pharmaceutique comprend quatre (04) phases :

- étude et évaluation du dossier scientifique et technique;
- essais physico-chimiques et, le cas échéant, microbiologiques et biologiques;
- essais pharmacologiques et toxicologiques;
- essais cliniques.

Le déroulement et le contenu des études et essais, sus indiqués, sont définis par les dispositions de l'arrêté n° 37 du 23 août 1998, sus-visé.

**Article 04 :** L'étude et l'évaluation du dossier technique et scientifique soumis à l'enregistrement ainsi que les essais sont assurés par le comité technique d'experts cliniciens et le comité technique d'évaluation.

**Article 05 :** L'étude et l'évaluation du dossier technique et scientifique comprennent quatre (04) étapes :

- études et essais physico-chimiques;
- études et essais galéniques;
- études et essais pharmacologiques et toxicologiques;
- études et essais cliniques.

**Article 06 :** Les études et essais physico-chimiques sont effectués par le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques.

**Article 07 :** Les études et essais galéniques, pharmacologiques et toxicologiques sont effectués par les experts du comité technique d'évaluation.

**Article 08 :** Les études et essais cliniques sont effectués par le comité technique d'experts cliniciens.

**Article 09 :** Les études et essais microbiologiques et biologiques sont effectués par les experts des deux comités techniques d'experts cliniciens et d'évaluation.

**Article 10 :** Toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté sont abrogées.

**Article 11 :** Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Fait à Alger le : 25 Juin 2005

**Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.**

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات  
عمل تو

**Arrêté n° 230 du 12 avril 2006 portant la mise à jour de la nomenclature nationale du  
médicament**

**Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,**

Vu la loi n° 85-05 du 26 Joumada El Aoula 1405 correspondant au 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée ;

Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1<sup>er</sup> mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n°92-284 du 6 juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine ;

Vu le décret exécutif n° 93-153 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du ministère de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu l'arrêté n°100 du 01 septembre 2005 portant organisation de la commission nationale de nomenclature des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine;

Vu l'arrêté n° 123 du 28 septembre 2005 fixant les modalités d'établissement de la nomenclature des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine.

**ARRETE**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le présent arrêté a pour objet de fixer les modalités d'établissement de la nomenclature des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine.

**Article 2 :** La nomenclature des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine comporte tous les produits enregistrés.

La liste des produits enregistrés est établie par les services compétents du Ministère chargé de la santé.

**Article 3 :** Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Fait à Alger le : 12 avril 2006

**Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.**

وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات

عمل تو

**Circulaire N° 12 MSPRH/MIN du 22 octobre 2006 relative à l'exercice de la profession  
de pharmacien d'officine**

**Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des wilayas**

**- pour exécution et communication aux Praticiens Médicaux Inspecteurs.**

De nombreuses anomalies ont été constatées dans l'exercice de la profession de pharmacien d'officine.

Aussi, des inspections régulières seront entreprises par les praticiens inspecteurs relevant du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Ces inspections entrent dans le cadre des attributions nouvelles, à la charge du département, décidées par les autorités supérieures du pays en matière de contrôle des activités des officines notamment, et dont les principales sont rappelées ci-dessous :

**1- Le Personnel**

- la présence du pharmacien dûment habilité doit être effective au niveau de l'officine.

- En cas de contrôle il doit présenter toutes les pièces justificatives de son agrément et de l'activité autorisée.
- Tout remplacement dans le cas de force majeure, doit faire l'objet d'une décision de l'autorité compétente. Celle-ci doit être affichée

- Le pharmacien est tenu d'inscrire sur le registre d'ordonnances, les noms, prénoms et adresses des patients avec numéro de la carte d'identité ainsi que le nom du médecin traitant et la date de délivrance de l'ordonnance pour tout ce qui concerne les psychotropes et les stupéfiants.

- La dispensation des médicaments est l'acte pharmaceutique associant la délivrance à :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale
- la mise à la disposition du malade d'informations nécessaires au bon usage du médicament.
- l'autorisation pour le pharmacien de demander au prescripteur tous renseignements utiles.

**2- Les Médicaments :**

- Tout médicament, objet de la dispensation doit être préalablement enregistré à la Nomenclature Nationale du Médicament établie par le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Le médicament, mis en vente doit comporter obligatoirement sur son conditionnement :

- le numéro de codification
- les dates de fabrication et de péremption
- les numéros de lots
- une vignette comportant le PPA, le remboursement ou non remboursement du produit ainsi que le tarif de référence, le cas échéant.

- le produit pharmaceutique, autre que le médicament, doit figurer sur la liste officielle, telle que prévue par l'arrêté n°52 du 10 juillet 1995 fixant la liste des marchandises autorisées à la vente dans les officines.

- la conservation des médicaments et produits pharmaceutiques doit respecter les conditions appropriées (chaîne de froid, etc...)

### 3 – Les Locaux :

- les officines doivent être installées dans des locaux bien adaptés aux activités qui s'y exercent et convenablement équipés et tenus.
- Des espaces distincts doivent être scrupuleusement réservés à
  - à la préparation officinale
  - à l'analyse médicale quant elle est autorisée
  - à la dispensation des médicaments,

et ce, afin d'éviter toute contamination croisée et toute gêne dans l'exercice pharmaceutique.

- Les appareillages doivent être facilement manipulables en vue d'un nettoyage fréquent.
- les armoires destinées au rangement des produits stupéfiants doivent être fermées à clef.
- Les médicaments ne doivent pas être à portée de mains du public.
- Le pharmacien doit s'assurer que le matériel et les accessoires destinés à la préparation officinale sont fonctionnels et stérilisés si nécessaire.

### 4. L'inspection

Dans le cadre du respect des bonnes pratiques de dispensation pharmaceutique, les inspections d'officine sont obligatoires. Les praticiens médicaux inspecteurs sont chargés, en particulier, dans les limites de leurs zones d'intervention sauf instruction particulière émanant de l'Inspection Générale du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, de :

- vérifier la présence effective du pharmacien titulaire dans l'officine ;
- veiller au respect des règles d'hygiène ;
- contrôler la garde au niveau des officines et s'assurer de la présence effective du personnel et en particulier du pharmacien titulaire ;
- veiller au respect des conditions de stockage au niveau de l'officine ;
- prélever des échantillons de préparations pharmaceutiques dans les officines, en vue de leur contrôle de qualité, le cas échéant ;
- contrôler le registre (ordonnancier) des substances psychotropes et stupéfiants ;
- vérifier la durée de validité (date de fabrication et surtout de péremption des produits) ;
- vérifier l'effectivité du vignettage et le respect du Prix Public Algérie (PPA), affiché, conformément aux dispositions du décret 98-44 du 1er février 1998, relatif aux marges plafonds applicables à la production, au conditionnement et à la distribution des médicaments à usage de la médecine humaine. Le contrôle des prix concerne aussi bien les officines que les grossisteries en la matière

La périodicité des inspections ne doit en aucune manière être inférieure à une inspection par mois.

En cas d'infraction, les sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur seront prises



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION ET DE LA REFORME  
HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA PHARMACIE  
SOUS DIRECTION DE LA REGULATION  
ET DES ACTIVITES TECHNIQUES  
N° /MSPRH/DP/09

ALGER, LE 09 FEV 2009

Objet: Rappel des textes réglementaires

Destinataires :

Messieurs les DSP (tous) pour diffusion aux :

- Grossistes
- Pharmaciens d'Officines
- Le Président du SAIP (pour diffusion générale)
- Le Président de l'UNOP (pour diffusion générale)
- Le président du conseil de l'ordre des Pharmaciens (pour information) - Les Directeurs des Sociétés de Promotion

Monsieur,

En rappel de la note N°194 en date du 21 Février 2007 et en application du décret exécutif N°92-286 du 6juillet 1992 (article : 27) stipulant que :

« Il est interdit aux fabricants, aux importateurs, aux sociétés de promotion, aux délégués médicaux de donner ou permettre de donner directement ou indirectement, aux professionnels de la santé, des primes, des objets ou produits quelconques, ou des avantages matériels de quelque nature que ce soit ».

DIRECTION DE LA PHARMACIE  
SOUS DIRECTION DE LA REGULATION  
ET DES ACTIVITES TECHNIQUES  
N° /MSPRH/DP/09

ALGER, LE 14 FEV 2009

**A l'attention de tous les DSP**

Messieurs,

Des informations nous parviennent régulièrement sur des pratiques illicites de commercialisation de produits pharmaceutiques, notamment la distribution d'unités gratuites aux grossistes répartiteurs par les laboratoires importateurs et fabricants.

Dans le but de mettre fin à ces procédés non réglementaires et pour nous permettre d'intervenir rapidement et efficacement, nous comptons sur votre collaboration afin d'instruire tous les opérateurs économiques et tous les grossistes en produits pharmaceutiques dépendant de votre circonscription.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION ET DE LA REFORME  
HOSPITALIERE**

DIRECTION DE LA PHARMACIE  
SOUS DIRECTION DE LA REGULATION  
ET DES ACTIVITES TECHNIQUES  
N° /MSPRH/DP/09

ALGER, LE 21 FEV 2007

Objet : Rappel des textes réglementaires

Destinataires :

Messieurs les DSP (tous) pour diffusion aux :

- Grossistes
- Pharmaciens d'Officines
- Le Président du SAIP (pour diffusion générale)
- Le Président de l'UNOP (pour diffusion générale)
- Le président du conseil de l'ordre des Pharmaciens (pour information)
- Les Directeurs des Sociétés de Promotion

Monsieur,

En application du décret exécutif n°92-286 du 6 juillet 1992, nous vous rappelons l'article 27 qui stipule que :

« Il est interdit aux fabricants, aux importateurs, aux sociétés de promotion, aux délégués médicaux de donner ou permettre de donner directement ou indirectement, aux professionnels de la santé, des primes, des objets ou produits quelconques, ou des avantages matériels de quelque nature que ce soit ».  
et l'article 6 qui stipule que :

« Aucune action de publicité concernant les produits pharmaceutiques ne peut être faite sans avoir reçu préalablement un visa de publicité délivré par le Ministère chargé de la Santé, après avis conforme de la commission de contrôle de l'information médicale et scientifique sur les produits pharmaceutiques ».

Meilleurs salutations.

Le Directeur de la Pharmacie

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DE LA PHARMACIE

N° /MSPRH/DP/

ALGER, LE 19 MAR 2007

**Note aux Directeurs Généraux des Sociétés de Promotions Médicale**

Il est porté à la connaissance des sociétés de promotion qu'un échantillon par programme prévisionnel d'importation et par déclaration statistique doit obligatoirement faire l'objet d'un dépôt auprès du Ministère de la Santé.

La redevance pour une demande de visa de publicité ou de renouvellement de visa de publicité d'un produit pharmaceutique est fixée à 60 000 DA. pour toute publicité diffusée sous quelque forme que ce soit.

Les messages subjectifs et suggestifs sont interdits à la publicité.

**Le Directeur de la Pharmacie**

Copie : A monsieur le président du SAIP  
A monsieur le président de LUNOP

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DE LA PHARMACIE  
N° /MSPRH/DP/

ALGER, LE 11 AVR 2007

**NOTE AUX IMPORTATEURS**

Il nous a été signalé qu'un certain nombre d'opérateurs, importent des produits au packaging et conditionnement non réglementaires, notamment les informations obligatoires en langue nationale inexistantes. Aussi, nous rappelons à ces importateurs, qu'aucune dérogation ne sera accordée pour le dédouanement de ces produits qui ne peuvent être mis dans les circuits de distribution. Toutefois, les programmes d'importation déjà visés, ne sont pas concernés par cette disposition.

**Le Directeur de la Pharmacie**

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

DIRECTION DE LA PHARMACIE  
N° /MSPRH/SDRAT/07

ALGER, LE 19 MARS 2007

**Note aux Directeurs Généraux des Sociétés de Promotions Médicale**

Je tiens à vous rappeler, selon la réglementation en vigueur, que l'information ou la promotion auprès du public des produits suivants est interdite :

- les produits ne pouvant être obtenus que sur prescription médicale.
- les produits contenant des stupéfiants ou des substances psychotropes même à doses exonérées.

**Les produits destinés à traiter :**

- le cancer
- la tuberculose
- les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA
- les autres maladies infectieuses graves
- l'insomnie
- le diabète et les autres maladies métaboliques
- l'impuissance, la stérilité
- la cécité

**Le Directeur de la Pharmacie**

Copie : A monsieur le président du SAIP  
A monsieur le président de l'UNOP

# **Maisons de Séjour Sanitaire**

**Décret exécutif n° 08-103 du 22 Rabie El Aouel 1429 correspondant au 30 mars 2008**  
**fixant les missions, l'organisation et le fonctionnement des structures de séjour en**  
**appui aux structures sanitaires.**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975 portant plan comptable national ;

Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;

Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;

Vu l'ordonnance n° 95-07 du 23 Châabane 1415 correspondant au 25 janvier 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances ;

Vu la loi n° 02-09 du 25 Safar 1423 correspondant au 8 mai 2002 relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées ;

Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la concurrence ;

Vu la loi n° 04-08 du 27 Joumada Ethania 1425 correspondant au 14 août 2004 relative aux conditions d'exercice des activités commerciales ;

Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-431 du 19 Rajab 1417 correspondant au 30 novembre 1996 relatif aux modalités de désignation des commissaires aux comptes dans les établissements publics à caractère industriel et commercial, centres de recherche et de développement, organismes des assurances sociales, offices publics à caractère commercial et entreprises publiques non autonomes ;

**Décrète :**

**Article 1<sup>er</sup>.** Le présent décret a pour objet de fixer les missions, l'organisation et le fonctionnement des structures de séjour en appui aux structures sanitaires en application des dispositions de l'article 9 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, dénommées ci-après « les maisons de séjour sanitaires ».

**CHAPITRE I**  
**DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 2 :** Les maisons de séjour sanitaires sont destinées à accueillir des personnes accompagnant un malade ou un malade suivant des soins en ambulatoire.

**Article 3 :** Les maisons de séjour sanitaires sont régies par les règles de la commercialité. Elles peuvent être créées par des personnes morales de droit public ou par des personnes de droit privé.

**Article 4 :** Les maisons de séjour sanitaires publiques sont des établissements publics à caractère industriel et commercial. Elles sont placées sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

Elles sont créées par décret.

**Article 5 :** Les maisons de séjour sanitaires privées peuvent être créées par des personnes physiques ou morales de droit privé.

**Article 6 :** Les maisons de séjour sanitaires peuvent créer des annexes conformément aux dispositions du présent décret.

Les annexes des maisons de séjour sanitaires publiques sont créées par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 7 :** Les maisons de séjour sanitaires doivent répondre aux normes prévues par la législation et la réglementation en vigueur, notamment en matière de construction, de santé, d'hygiène, de sécurité et de prestations de services, conformément au cahier des charges-type joint en annexe du présent décret.

**Article 8 :** Les maisons de séjour sanitaires sont tenues de souscrire une assurance pour couvrir leur responsabilité civile.

**Article 9 :** Les maisons de séjour sanitaires doivent disposer d'un règlement intérieur.

**CHAPITRE II**  
**CONDITIONS DE CREATION**

**Article 10 :** Nul ne peut créer, exploiter ou diriger une maison de séjour sanitaire s'il :

- n'a pas le diplôme et/ou les qualifications requis,
- ne jouit pas de ses droits civils et civiques,
- a fait l'objet d'une peine infamante.

**Article 11 :** La création d'une maison de séjour sanitaire privée est subordonnée à l'autorisation préalable du ministre chargé de la santé sur la base d'une demande accompagnée d'un dossier administratif et technique et à la souscription au cahier des charges-type.

**Article 12 :** Le dossier administratif et technique doit comporter les pièces suivantes :

- un certificat de nationalité de l'exploitant ou du directeur,
- un extrait de naissance de l'exploitant ou du directeur,
- un extrait du casier judiciaire de l'exploitant ou du directeur,
- une copie des statuts de la personne morale,
- le titre légal d'occupation des locaux,
- un état descriptif des locaux, équipements et moyens matériels nécessaires,
- la liste des personnels de l'établissement,
- le rapport de visite du directeur de wilaya de la santé et de la population,
- la fiche technique indiquant la capacité et l'emplacement de la maison de séjour sanitaire,
- le rapport de conformité aux normes de sécurité établi par les services de la protection civile,
- le rapport d'expertise établi par les services de contrôle technique de la construction ou par un bureau d'études et d'expertise en bâtiment agréé,
- le certificat de conformité aux normes de construction délivré par les services compétents chargés de l'habitat.

**Article 13 :** Le dossier prévu à l'article 12 ci-dessus est déposé auprès de la direction de wilaya chargée de la santé, accompagné de la souscription au cahier des charges-type. Un récipissé de dépôt du dossier est délivré à l'intéressé.



**Article 14 :** La direction de wilaya chargée de la santé procède à la vérification du dossier et le transmet au ministre chargé de la santé, accompagné de l'avis motivé du directeur de la santé et de la population de la wilaya, dans un délai d'un (1) mois à compter de la date de dépôt du dossier.

**Article 15 :** Le ministre chargé de la santé se prononce sur la demande de création de la maison de séjour sanitaire dans un délai d'un (1) mois à compter de la date de réception du dossier.

La décision du ministre chargé de la santé est notifiée à l'intéressé dans un délai de quinze (15) jours.

**Article 16 :** En cas de rejet de sa demande, l'intéressé peut introduire un recours auprès du ministre chargé de la santé, dans un délai d'un (1) mois à compter de la notification de la décision.

### CHAPITRE III MISSIONS

**Article 17 :** Les maisons de séjour sanitaires ont pour missions, notamment :

- L'hébergement des personnes accompagnant un malade ou d'un malade suivant des soins en ambulatoire,
- la restauration des personnes résidentes,
- la fourniture des services et prestations en rapport avec le séjour,
- l'accompagnement nécessaire aux malades.

**Article 18 :** La durée d'hébergement dans les maisons de séjour sanitaires est fonction de l'hospitalisation du malade ou de la durée du traitement en ambulatoire prescrites médicalement.

**Article 19 :** Les maisons de séjour sanitaires doivent comporter toutes les commodités d'hébergement, de restauration et d'espace de loisirs y compris l'accessibilité aux personnes handicapées aux différentes structures et services de l'établissement.

### CHAPITRE IV ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

**Article 20 :** L'organisation et le fonctionnement de la maison de séjour sanitaire privée sont déterminés en fonction de la forme juridique prévue par son statut conformément à la législation en vigueur.

**Article 21 :** La maison de séjour sanitaire publique est gérée par un conseil d'administration et dirigée par un directeur.

#### Section 1

##### Le conseil d'administration

**Article 22 :** Le conseil d'administration de la maison de séjour sanitaire publique est composé :

- d'un représentant du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, président ;
- d'un représentant du ministère de l'intérieur et des collectivités locales ;
- d'un représentant du ministère des finances ;
- d'un représentant du ministère de l'aménagement du territoire, de l'environnement et du tourisme ;
- d'un représentant du ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale ;
- d'un représentant du ministère de la solidarité nationale ;
- d'un représentant de la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS) ;
- de trois (3) représentants d'associations activant dans le domaine de la protection et de la promotion des droits des malades.

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

Le directeur de l'établissement assiste aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat.

**Article 23 :** Les membres du conseil d'administration de la maison de séjour sanitaire publique sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités et organisations dont ils relèvent, pour une durée de trois (3) ans, renouvelable.

En cas d'interruption du mandat d'un membre du conseil d'administration, il est procédé à son remplacement dans les mêmes formes, le membre nouvellement désigné lui succède jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres du conseil d'administration nommés en raison de leur qualité cessent avec la cessation de celle-ci.

Les fonctions des membres du conseil d'administration sont gratuites.

**Article 24 :** Le conseil d'administration de la maison de séjour sanitaire publique délibère, notamment sur :

- le projet d'organisation interne de l'établissement ;
- le projet de règlement intérieur de l'établissement ;
- les programmes d'activités de l'établissement ;
- les projets de budget et des comptes de l'établissement ;
- les marchés, contrats, accords et conventions ;
- les acquisitions des biens meubles et immeubles ;
- les projets d'extension ou d'aménagement de l'établissement ;
- l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- la création d'annexes de l'établissement ;
- le rapport annuel d'activités de l'établissement ;
- toute question intéressant l'établissement.

**Article 25 :** Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire tous les six (6) mois sur convocation de son président. Il peut se réunir en session extraordinaire chaque fois que cela est nécessaire à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

**Article 26 :** Les convocations, accompagnées de l'ordre du jour sont adressées aux membres du conseil d'administration, au moins quinze (15) jours avant la date de la réunion. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires et ne peut être inférieur à huit (8) jours.

**Article 27 :** Le conseil d'administration ne délibère valablement qu'en présence de la majorité de ses membres. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les quinze (15) jours suivant la date de la réunion prévue et peut délibérer valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix des membres présents. En cas de partage égal des voix celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux transcrits sur un registre spécial coté et paraphé par son président.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire de séance, puis adressés au ministre chargé de la santé et aux membres du conseil d'administration.

#### Section 2 Le directeur

**Article 28 :** Le directeur de la maison de séjour sanitaire publique est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

**Article 29 :** Le directeur assure le bon fonctionnement de l'établissement.

A ce titre il est chargé, notamment :

- d'exécuter les délibérations du conseil d'administration ;
- de représenter l'établissement devant la justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- de préparer les projets de budget et les comptes de l'établissement;
- d'ordonnancer les dépenses et les recettes ;
- de conclure tout contrat, marché, accord et convention ;
- de nommer les personnels pour lesquels un autre mode de nomination n'a pas été prévu ;
- d'élaborer les projets d'organisation interne et de règlement intérieur de l'établissement;
- d'exercer le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble des personnels de l'établissement;
- d'élaborer le rapport annuel d'activités de l'établissement.

Il peut déléguer sa signature, sous sa responsabilité, à ses proches collaborateurs.

#### CHAPITRE V

#### DISPOSITIONS FINANCIERES

**Article 30 :** Les maisons de séjour sanitaires doivent disposer d'un budget propre.

**Article 31 :** Le budget de la maison de séjour sanitaire publique comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

**Au titre des recettes :**

- les subventions de l'Etat ;
- les contributions éventuelles des collectivités locales ;
- les contributions des organismes et établissements publics et privés ;
- les revenus des prestations et services liés aux activités de l'établissement ;
- les dons et legs.

**Au titre des dépenses :**

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement ;
- toutes autres dépenses nécessaires à la réalisation de ses objectifs.

**Article 32 :** Le projet de budget de la maison de séjour sanitaire publique, préparé par le directeur, est soumis au conseil d'administration pour délibération. Il est transmis au ministre chargé de la santé et au ministre chargé des finances pour approbation.

**Article 33 :** La comptabilité des maisons de séjour sanitaires est tenue en la forme commerciale, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 34 :** Le contrôle financier et la certification des comptes des maisons de séjour sanitaires sont assurés par un commissaire aux comptes.

**Article 35 :** La maison de séjour sanitaire publique peut être chargée de sujétions de service public.

**Article 36 :** Les tarifs de séjour dans les maisons de séjour sanitaires sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la solidarité nationale.

**Article 37 :** Sous réserve des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, les frais de séjour sont à la charge des personnes accompagnant le malade ou du malade suivant des soins en ambulatoire.

#### CHAPITRE VI

#### CONTROLE

**Article 38 :** Outre les autres formes de contrôle prévues par la législation et la réglementation en vigueur, les maisons de séjour sanitaires sont soumises au contrôle des services compétents du ministère chargé de la santé.

**Article 39 :** Le contrôle doit porter, notamment sur :

- le respect des dispositions législatives et réglementaires en la matière ;
- les conditions de prise en charge des usagers ;
- la qualité des prestations et services fournis ;
- l'observation des règles d'hygiène et de sécurité.

**Article 40 :** Les agents chargés d'effectuer le contrôle sont tenus d'établir des procès-verbaux dans lesquels ils mentionnent les irrégularités et manquements constatés.

Une copie des procès-verbaux est notifiée au ministre chargé de la santé et au responsable de la maison de séjour sanitaire.

**Article 41 :** En cas de constatation d'irrégularités ou de manquements, la maison de séjour sanitaire est mise en demeure et doit s'y conformer dans un délai n'excédant pas un (1) mois.

**Article 42 :** En cas d'observation de la mise en demeure, la maison de séjour sanitaire encourt les sanctions suivantes :

- la suspension d'exercice de l'activité pour une durée de deux (2) mois,
- la fermeture de la maison de séjour sanitaire pour une durée de six (6) mois,
- le retrait de l'autorisation.

Les sanctions prévues ci-dessus sont prononcées par le ministre chargé de la santé.

**Article 43 :** Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 22 Rabie El Aouel 1429 correspondant au 30 mars 2008.

**Abdelaziz BELKHADEM.**

ANNEXE

**CAHIER DES CHARGES-TYPE APPLICABLE AUX MAISONS DE SEJOUR SANITAIRES**

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent cahier des charges a pour objet de fixer les conditions de création et les obligations des maisons de séjour sanitaires.

CHAPITRE I

**CONDITIONS TECHNIQUES CONCERNANT  
LES MAISONS DE SEJOUR SANITAIRES**

**Article 2**: Les maisons de séjour sanitaires doivent être réalisées à proximité des structures de santé et doivent répondre à toutes les normes de construction, de confort, d'hygiène et de sécurité conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 3**: Les maisons de séjour sanitaires doivent être réalisées conformément aux caractéristiques prévues par la fiche des caractéristiques techniques, jointe au présent cahier des charges.

**Article 4**: Les maisons de séjour sanitaires doivent prévoir les aménagements nécessaires permettant l'accessibilité aux personnes handicapées aux différentes structures et services de l'établissement.

CHAPITRE II

**OBLIGATIONS DES MAISONS  
DE SEJOUR SANITAIRES**

**Article 5**: Les maisons de séjour sanitaires doivent accueillir uniquement les personnes accompagnant un malade ou un malade suivant un traitement en ambulatoire présentant une prescription médicale.

**Article 6**: Les maisons de séjour sanitaires doivent assurer les prestations d'hébergement, de restauration et d'accompagnement, conformément aux normes et pratiques en usage en la matière.

**Article 7**: Les maisons de séjour sanitaires doivent disposer d'un personnel qualifié, pour l'accueil, la restauration et la prestation des services fournis.

**Article 8**: Les maisons de séjour sanitaires doivent souscrire les assurances prévues par la législation en vigueur couvrant les infrastructures, les activités, les personnels et les résidents.

**Article 9**: Les maisons de séjour sanitaires doivent afficher et respecter les tarifs de séjour.

CHAPITRE III

**OBLIGATIONS FINANCIERES**

**Article 10**: Les maisons de séjour sanitaires peuvent recevoir des contributions de l'Etat, des collectivités locales et des organismes publics et privés, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 11**: Les subventions financières pour raison de sujétions de service public sont versées à l'établissement conformément à la réglementation en vigueur.

**Article 12**: Pour chaque exercice, les maisons de séjour sanitaires adressent au ministre chargé de la santé, avant la fin de l'année, le montant prévisionnel de la subvention devant lui être allouée pour la couverture des dépenses induites par les missions de service public.

**Article 13**: Les maisons de séjour sanitaires doivent avoir un commissaire aux comptes pour assurer le contrôle financier et la certification de leurs comptes.

Une copie du rapport du commissaire aux comptes doit être transmise au ministre chargé de la santé.

**Article 14**: Les maisons de séjour sanitaires doivent adresser une copie du rapport annuel de leurs activités au ministre chargé de la santé.

**Article 15**: Les maisons de séjour sanitaires doivent se soumettre aux inspections et contrôles effectués par les agents habilités et doivent mettre à leur disposition toutes les informations et documents susceptibles de faciliter l'exercice de leur mission conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 16**: Le non-respect des clauses du présent cahier des charges expose la maison de séjour sanitaire aux sanctions administratives prévues par la réglementation en vigueur.

Fait à ..... le .....

Lu et approuvé par

## **FICHE DES CARACTERISTIQUES TECHNIQUES**

### **RELATIVES AUX MAISONS DE SEJOUR SANITAIRES**

Les maisons de séjour sanitaires doivent répondre aux caractéristiques techniques suivantes :

#### **1° / Caractéristiques relatives aux maisons de séjour sanitaires**

Les maisons de séjour sanitaires doivent comporter :

- dix (10) chambres au minimum,
- un hall permettant une bonne liaison avec les différentes parties communes et une accessibilité des personnes handicapées aux différentes structures et services de l'établissement,
- un ou plusieurs couloir (s) de 1,60 mètre de large au minimum éclairé (s) en permanence,
- une terrasse et/ou un jardin, éventuellement,
- des issues de secours en cas d'incendie,
- un ascenseur dans le cas de construction sur un ou plusieurs niveaux.

#### **2° / Caractéristiques relatives aux chambres**

Chaque chambre doit avoir une superficie de dix (10) mètres carrés pour deux personnes et une fenêtre, au moins, des équipements mobiliers en bon état, des sanitaires et répondre aux exigences de confort thermique, acoustique et de sécurité.

Chaque chambre doit être équipée :

- d'une salle de bains complète ayant une surface de 3,5 mètres carrés, un lavabo, une baignoire ou douche et des WC, avec eau chaude et froide, papier hygiénique, miroir et luminaire au dessus du lavabo, prise électrique, savon et shampoing,
- d'un chauffage et d'une climatisation,
- de deux (2) lits individuels mesurant chacun 200 cm x 100 cm ou d'un grand lit mesurant 200 cm x 200 cm,
- d'une table de chevet par occupant avec luminaire,
- d'une table et d'une chaise par occupant,
- d'une armoire/ penderie avec cintres par occupant,
- d'une corbeille à papier,
- d'un téléphone,
- d'une literie comprenant six (6) draps et trois (3) taies d'oreiller, qui doivent être changés après chaque départ de résident ou tous les deux jours pour le même résident et des couvertures,
- de trois (3) serviettes de toilette et de trois (3) serviettes de bains qui doivent être changées après chaque départ de résident ou tous les deux jours pour le même résident,
- du règlement intérieur, des instructions de secours et d'un guide téléphonique.

#### **3° / Caractéristiques relatives aux parties communes**

Les parties communes doivent comporter :

- un service de réception permanent 24h/24h,
- une cuisine collective équipée proportionnellement au nombre de personnes devant être reçues,
- un restaurant d'une surface proportionnelle au nombre de personnes accueillies, doté d'un téléphone et d'un dispositif d'accueil des personnes handicapées,
- un salon de détente doté d'un téléviseur et d'un téléphone,
- une buanderie,
- des sanitaires comportant un lavabo et des WC pour les résidents avec eau chaude et froide, papier hygiénique, miroir et luminaire au dessus du lavabo et savon,
- des sanitaires comportant un lavabo et des WC réservés au personnel travaillant dans la maison de séjour sanitaire, avec eau chaude et froide, papier hygiénique, miroir et luminaire au dessus du lavabo et savon,
- un vestiaire indépendant et approprié pour le personnel,
- un groupe électrogène de secours,
- un réservoir d'eau approprié,
- un extincteur à chaque étage en bon état de fonctionnement éventuellement.